

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdelhak - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohamed Fakihet Rue Aïal Ben Abdelhak - Quartier des Horizons  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (RG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-515289

*30642*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2719*

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

*TEMSAMANI Ned Larbi*

Date de naissance :

*9/03/1952*

Adresse :

*6, RUE DU ROUSSILLON -  
G. DES HOPITAUX*

Tél. :

*0678734797*

Total des frais engagés :

*3528,70*

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Compléments*

Date de consultation :

*1*

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

*16/03/2020*

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

|  |   |
|--|---|
| توقيع وطابع الوكالة<br>Cachet et signature de l'Agence | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Réservé à la DAMO |
| Identification de l'agent : .....                      |   |
| Date de dépôt du dossier :   _   _   _   _   _   _     | Date d'arrivée :   _   _   _   _   _   _                |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p>الضمان الإجتماعي<br/>UNION - CNSS<br/>Le devoir de vous protéger</p>  | <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة<br/>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة *<br/>Entente préalable *</p> <p>تنفيذ *<br/>Exécution *</p> |   | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري<br/>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p> |
|  | <p>06 7373 4797</p>  |   |  |
| <p>N° Dossier :</p>  |  |   |  |
| <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>   |  |   |  |
| <p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>   |  |   |  |
| <p>الإسم العائلي والشخصي : <b>TEMAMANI Ned LANBI</b></p>   |  |   |  |
| <p>رقم التسجيل : <b>1912-216576</b></p>  |  |   |  |
| <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1-3527915</b></p>  |  |   |  |
| <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *</p>   |  |   |  |
| <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>       |  |   |  |
| <p>Adresse : <b>6, rue du noussillon. 9. des Hopitaux</b></p>  |  |   |  |
| <p>Montant des frais : <b>3-5-28-90 Dhs.</b></p>   |  |   |  |
| <p>Nombre de pièces jointes : <b>0-4</b></p>   |  |   |  |
| <p>Déclaration du Médecin traitant</p>   |  |   |  |
| <p>المستفيد من العلاجات</p>  |  |   |  |
| <p>Bénéficiaire de soins : <b>Temamoni Ned Lanbi</b></p>   |  |   |  |
| <p>الإسم العائلي والشخصي : <b>Temamoni Ned Lanbi</b></p>   |  |   |  |
| <p>Date de naissance : <b>1-1-1-1-1-1-1-1</b></p>  |  |   |  |
| <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1-1-1-1-1-1-1-1</b></p>  |  |   |  |
| <p>الجنس : * <b>M</b> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p>  |  |   |  |
| <p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p>   |  |   |  |
| <p>INPE et code à barres **</p>  |  | <p>1-1-1-1-1-1-1-1</p>  |  |
| <p>Médecin traitant<br/>الطبيب المعالج</p>   |  | <p>Etablissement de soins<br/>المؤسسة العلاجية</p>  |  |
| <p>نوع العلاجات</p>  |  |   |  |
| <p>Admission ALD * : <b>Oui</b> <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                     |  |   |  |
| <p>N° dossier ALD : <b>1-1-1-1-1-1-1-1</b></p>   |  |   |  |
| <p>Code ALD : <b>1-1-1-1-1-1-1-1</b></p>   |  |   |  |
| <p>Maladie * <input checked="" type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p> |  |   |  |
| <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>  |  | <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>                                      |  |
| <p>Fait à : <b>10.01.2020</b></p>  |  | <p>Fait à : <b>06.02.2020</b></p>   |  |
| <p>Le : <b>10.01.2020</b></p>  |  | <p>Le : <b>06.02.2020</b></p>   |  |
| <p>توقيع المؤمن له<br/>Signature de l'assuré(e)</p>  |  | <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج<br/>Cachet et signature du Médecin traitant de l'Etablissement de soins</p> |  |

\* Cacher mention utile pour chaque cas  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres.  
080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - م. ب.  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| CIM-10 |  |  |  |
|--------|--|--|--|

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire |               |          |            |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation   | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|   |               |          |            |

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 200293067533478

Emis à Casablanca le : 25/02/2020

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI  
6 RUE DU ROUSSILLON QU DES HOPITAUX CASA  
CASABLANCA 2036

N° d'immatriculation: 192216516

Règlement du mois : 02/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

| مرجع الإشعار بالاستلام<br>Référence accusé de réception | تاريخ العلاج<br>Date de soins | العمليات<br>Actes | مهنو الصحة<br>Prestataires de soins | مبلغ المصاريف<br>Montant de la dépense | التعريف المرجعية<br>Tarif de référence | المعامل<br>Coeff. | الكمية<br>Quantité | أساس التعويض<br>Base de remboursement | نسبة التعويض<br>Taux de remboursement% | مبلغ التعويض<br>Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--|--|-------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| TEMSAMANI MOHAMMED L LARBI                              |                               |                   |                                     |  |  |                   |                    |                                       |  |                                   |
| 070550571   | 20/01/2020                    | CS                | MEDECIN<br>SPECIALISTE              | 500,00                                 | 150,00                                 | 1,00              | 1,00               | 150,00                                | 90                                     | 135,00                            |
| 070550571   | 20/01/2020                    | K                 | MEDECIN<br>SPECIALISTE              | 650,00                                 | 200,00                                 | 1,00              | 1,00               | 200,00                                | 70                                     | 140,00                            |
| 070550571   | 20/01/2020                    | K                 | MEDECIN<br>SPECIALISTE              | 400,00                                 | 100,00                                 | 1,00              | 1,00               | 100,00                                | 90                                     | 90,00                             |
| 070550571   | 20/01/2020                    | PH                | PHARMACIE                           | 2 166,00                               | 1 111,20                               | 1,00              | 1,00               | 1 111,20                              | 90                                     | 1 000,08                          |
| 070550588   | 06/02/2020                    | CS                | PHARMACIE                           | 300,00                                 | 150,00                                 | 1,00              | 1,00               | 150,00                                | 90                                     | 135,00                            |
| 070550588   | 06/02/2020                    | KE                | PHARMACIE                           | 500,00                                 | 200,00                                 | 1,00              | 1,00               | 200,00                                | 90                                     | 180,00                            |
| 070550588   | 06/02/2020                    | K                 | PHARMACIE                           | 500,00                                 | 225,00                                 | 1,00              | 1,00               | 225,00                                | 90                                     | 202,50                            |
| 070550588   | 06/02/2020                    | PHN               | PHARMACIE                           | 170,50                                 | 170,50                                 | 1,00              | 1,00               | 170,50                                | 00                                     | 0,00                              |
| 070550588   | 06/02/2020                    | PH                | PHARMACIE                           | 58,40                                  | 58,40                                  | 1,00              | 1,00               | 58,40                                 | 90                                     | 52,56                             |
| Total remboursé pour LARBI                              |                               |                   |                                     |  |  |                   |                    |                                       |  | 1 935,14                          |
| Total général remboursé                                 |                               |                   |                                     |  |  |                   |                    |                                       |  | 1 935,14                          |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire BIOLOGIE EFFECTUE CHEZ LE MEDECIN NN REMB

## Professeur R.ISMAIL

Maladies de l'appareil digestif

112, Bd d'Anfa Casablanca

Tel : 0522 47 27 36

cabinetrafik@gmail.com

| Nature de l'examen | Honoraires |
|--------------------|------------|
| CONSULTATION       | 300.00     |
| ECHOG. ABDOMINALE  | 500.00     |
| RECTOSCOPIE        | 500.00     |

**TOTAL 1300.00**

**PAYE : 1300.00 / CHEQUE**  
**RENDU... 0.00**

TICKET: 0100003897

jeudi 06/02/2020-14:42

Nom du patient: TEMSAMANI MED LARBI

**Professeur R. ISMAIL**  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
Maladies du Foie Proctologie  
112, Bd d'Anfa 4ème Etage  
0522 47 27 36 - CASABLANCA

ICE : 001714292000083

PATENT : 3548598

Bon rétablissement

## EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Mr TEMSAMANI Mohamed Larbi

06/02/2020

### Clinique

Proctalgies

### Examen

Inspection : Marge anale normale.

Toucher rectal : Normal.

Anuscopie : Anite hémorroïdaire.

Rectoscopie : Muqueuse normale.

### Conclusion

Maladie hémorroïdaire.

Professeur R. ISMAIL  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
Maladies du Foie Proctologie  
112, Bd. d'Anfa 4ème Etage  
Tél : 0522.47.27.36 - CASABLANCA



## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

06/02/2020

**Mr TEMSAMANI Mohamed Larbi**

### Clinique

Douleurs abdominales.

### Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.  
Veine porte de calibre normal.  
Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.  
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.  
Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale,  
sans dilatation des cavités pyélocalicielles.  
Petit kyste rénal gauche connu, stable.

**Professeur R. ISMAIL**  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
Maladies du Foie Proctologie  
112, Bd. d'Anfa 4ème Etage  
Tél : 0522.47.27.36 - CASABLANCA

# Professeur R. ISMAIL

## Médecin Spécialiste

Maladies de l'Appareil Digestif

Maladies du Foie

Proctologie Médico-Chirurgicale

Endoscopie Digestive

Echographie - Nutrition Clinique

Ex. Professeur de l'Enseignement Supérieur

à la Faculté de Médecine - Casablanca

# البروفيسور ر. إسماعيل

## طبيب اختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - أمراض وجراحة المخرج

التشخيص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى - التغذية

أستاذ جامعي سابقا

بكلية الطب - الدار البيضاء



06/02/2020

**Mr Tamsamani Mohamed Larbi**

73.50

FORLAX

2 sachets le soir

58.40

SOLUPRED 20

3 comprimés le matin

A prendre le matin

48.50 x 2

TIBÉRAL 500 N° 2

1 comprimé, matin et soir

228.90

Traitement pour 10 jours

Prochain rendez-vous : 17/02/2020

maphar  
Zi Zerkouni, Ain Sebaa, Casablanca, Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. : 73.50 DH  
6118001181193

LOT : P07375  
Exp : 03/2022

Solupred® 20 mg

20 Comprimés effervescent



6 118000 060536

Tibéral® 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

Tibéral® 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

Professeur R. ISMAIL  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Maladies du Foie Proctologie  
112, Bd. d'Anfa 4ème Etage  
Tél : 0522.47.27.36 - CASABLANCA

112, Bd d'Anfa 4<sup>ème</sup> Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 47 27 36 - Fax : 05 22 47 27 51  
ICE : 001714242000083 - E-mail : cabinetrafik@gmail.com - Consultations sur rendez-vous