

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

### ditions 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.

### rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### biologie 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.

### ique :

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

### éducation :

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.

### ntaire :

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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

**MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com**



# MUPRAS

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

ND: 38813

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019336

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ANOUBA Date de naissance : 16-08-56  
Adresse : 99 Rue des roses NOUVELLE CA  
Tél. : 0664495032 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BELBEKLI Age: 64 ans

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 : Le : 15/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (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 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 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.

LABO BENJELLOUN

Mme BELBEKRI TOURIA - تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل

Don 19-05-1996



2006172009

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 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 رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام: .....
Date de dépôt du dossier: .....	Date d'arrivée: .....

<p>الضمان الاجتماعي MROU - دار CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>نفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie - Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02</p>
--	--	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **TOURIA**  
 رقم التسجيل : **175 68 4128**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **14 14 194**  
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : **أب**  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :

العنوان : **99 Rue des roses Hay El Agha**  
 مبلغ المصاريف : **236** Dhs  
 عدد الوثائق المرفقة : **03**  
 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

تصريح الطبيب المعالج  
 المستفيد من العلاجات  
 الاسم العائلي والشخصي : **BELBEKRI TOURIA**  
 تاريخ الميلاد : **15 10 1956**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **14 14 194**  
 Sexe : **M** ذكر ☒ أنثى ☐  
 INPE et code à barres \*\*

مédecin traitant : **Dr. S. P. P. P.**  
 Etablissement de soins : **المؤسسة العلاجية**

نوع العلاجات : **مرض**  
 Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : **29 06 2020** Le : **29 06 2020**  
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : **29 06 2020** Le : **29 06 2020**  
 توقيعه المؤمن له : **Signature de l'assuré(e)**  
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : **Cachet et signature de l'établissement de soins**  
**Dr. S. P. P. P.**  
**Médecin**

104, Rue Mimouna Hay El Agha  
 Casablanca  
 0522 22 58 91  
 - Cocher la mention utile pour chaque cas -  
 - Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) ainsi que le code à barres





	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>	 الضمان الاجتماعي +الXOS+ +الC8I+ <b>CNSS</b>	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	<b>Référence structurée : 200796673710538</b>	<b>Emis à Casablanca le : 09/07/2020</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation: 175684128 Règlement du mois : 07/2020 Mode de paiement : Virement	<b>BELBEKRI TOURIA</b> <b>99 RUE DES ROSES HY ERRAHA</b> <b>CASABLANCA 2020</b>	
	<b>Informations :</b>		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
BELBEKRI TOURIA										
076509317	09/06/2020	CS	BIOLOGIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
076509317	09/06/2020	B	BIOLOGIE	2 536,30	1,10	283,00	1,00	2 511,30	70	1 757,91
<b>Total remboursé pour TOURIA</b>										<b>1 862,91</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 862,91</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

## Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05.22.36.58.91

Mme BEL BEKRI  
Touria

☒ Urée sanguine, créatinine

☐ Glycémie post prandiale

☒ Cholesterol total, HDL, LDL

☒ Acide Urique

☒ SGOT, SGPT, Gamma GT

☒ ASLO - ~~Bilirubine totale~~

☐ PSA

☐ Groupage

☐ VDRL - TPHA

☐ Toxoplasmose

☐ Rubeole

☐ BKD - BKC - IDR

☐ Protéinurie des 24H

☐ Micro-Albuminurie

☐ Acétonurie

☐ Ionogramme urinaire

☐ FSH - LH

☐ Ag Hbs-Hépatite C AC Anti HVC

☐ Spermogramme - Spermoculture

☐ Clearance de la créatinine

☐ HIV

☐ Héemoculture

## الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

05.22.36

09 JUIN 2020

LABO BENJELLOUN

Mme BELBEKRI TOURIA

DDN 15-05-1956



Oremanence

## ANALYSES

☒ Glycémie a jeun

☒ Hémoglobine glycosylée

☒ Triglycérides

☒ NFS, VS, CRP

☐ Aspect du sérum

☒ ~~T3, T4~~, TSH-AC antithyroïdien

☐ Anticorps antithyroïdien

☐ Taux de Porthriline + INR

☒ ~~FE + CTF~~ + Ferritine

☐ Dosages de Ige totales

☒ Serologie d'Helicobacter Pylori

☐ Ex coproparasitologique des selles

☐ Calcémie - Calclurie

☒ E.C.BU + ATBgr

☐ Glucosurie

☐ Compte d'addis

☐ F.C.V

☒ Ionogramme

☒ Vitamine D

☐ Ex cyto-bacteriologique vaginal+

☐ ATB gram

☐ Bilan de coagulation

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية

LABORATOIRE BENJELLOUN

109, Bd. Omar el-Moukadam Beauséjour

Casablanca

Tél : 06 00 503 40 / 05 22 39 32 P4/53

Fax : 05 22 39 33 55

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimosas Bay Erraha  
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

# LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam Beauséjour 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 39 32 84/53 - 06000 503 40 - Whatsapp Accueil 06 63 790 723

Fax: 05 22 39 33 65 www.labobenjelloun.ma

IF 51102718 - CNSS 6441662 - PATENTE 34823087 - INP 093001360 - ICE 0011686316000007

**FACTURE N° : 2006172009**

**Mme TOURIA BELBEKRI**

Date: 17-06-2020



## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9106	Forfait de sécurité pour échantillons microbiologiques.	B5	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
	Transaminases (ALAT=SGPT)	B50	B
0154	Ferritine	B250	B
	Transaminases (ASAT=SGOT)	B50	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0241	Cytologie. Culture. Identification	B90	B
	Acide urique sanguin (1er jour)	B30	B
0266	Antistreptolysine (recherche , titrage)	B80	B
0270	Hélicobacter pylori	B180	B
	Cholestérol total	B30	B
	Calcium (1er jour)	B30	B
	Chlore (Cl-)	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Gamma glutamyl-transférase (GGT)	B50	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Potassium (K+)	B30	B
	Cholestérol LDL	B50	B
0439	Vitamine D	B450	B
	Sodium (Na+)	B30	B
	Protéines totales	B30	B
	Bicarbonates (Réserve Alcaline_HCO3-)	B40	B
	Triglycérides	B60	B
	Urée	B30	B
	Vitesse de sédimentation (VS)	B30	B

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109/Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65

# LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam Beauséjour 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 39 32 84/53 - 06000 503 40 - Whatsapp Accueil 06 63 790 723

Fax: 05 22 39 33 65 [www.labobenjelloun.ma](http://www.labobenjelloun.ma)

IF 51102718 - CNSS 6441662 - PATENTE 34823087 - INP 093001360 - ICE 0011686316000007

**Total des B : 2283**

Montant total de la facture 2536.30 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille cinq cent trente-six dirhams trente centimes.**

مختبر بنجلون التحليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tel : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65