

# 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.

## **armacie :**

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.

## **optique :**

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 canalaires, 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 canalaires.

## **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 caractére personnel.

**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

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0019336**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 4296 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 16-08-56  
Nom & Prénom : ANOUAL D Date de naissance : 16-08-56  
Adresse : 99 Rue Sidi Zougg Hay ERASS  
Tél. : 066 449503 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : BELBEKA Toufi Age : 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

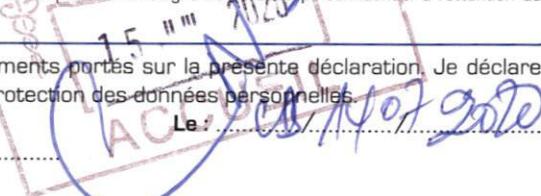
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements dans un 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) :



Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par pour 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.

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

LABO BENJELLOUN  
Mme BELBEKRI TOURIA  
DDN 15-05-1956  
2006172009

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل امرء  
 يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورة  
(وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

تعليمات يجب اتباعها



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

\* موافقة مسبقة \*

\* تنفيذ \*

Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref. ANAM  
Réf. ANAM

Ref. ANAM

N° Dossier :

76509.317

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BELBEKRI

TOURIA

الاسم العائلي والشخصي : \_\_\_\_\_

N° Immatriculation : 115-1684128

رقم التسجيل : \_\_\_\_\_

N° CIN :

B141111941

رقم بطاقة التعريف الوطنية : \_\_\_\_\_

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

99 Rue des roses Haj ERRAZI

العنوان : \_\_\_\_\_

Montant des frais :

2736.30 درهم

مبلغ المصاري : \_\_\_\_\_

03 Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BELBEKRI

Belkacem Belkacem

الاسم العائلي والشخصي : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

1951/05/11

تاريخ الازدياد : \_\_\_\_\_

N° CIN:

B141111941

رقم بطاقة التعريف الوطنية : \_\_\_\_\_

Sexe\* :

M  ذكر

F  أنثى

الرقم الوطني الأستدلالي والرقم المفترض : \_\_\_\_\_

INPE et code à barres \*\*

7650924

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات : \_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

بيانات

Le :

في :

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

بيانات

Le :

في :

توقيع الطبيب المعالج أو المساعدة الصحية

Cachet et Signature du Médecin ou de l'Etablissement de soins

Dr. SADIR FOUCHE

Médecin

104, Rue MIMOUNA Hay El Hachem

Télé: 023 325 5891 Casablanca

بيانات

الصندوق الوطني للمضامن الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - 2186 - الهاتف: 023 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 023 3333

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	البلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
09/06/20	102	02	200,80	 Dr. SADIK Fouzia Médicin 104, Rue Minbar Hay Errahba Tel: 0523 58 51 Casablanca
INPE et code à Barres				
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	البلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	البلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الاشعة او الاحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
17/06/20 B	2283	2536,30		 Laboratoire BENJELLOUN 109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour Casablanca Tél: 06000.603.40 - 0522.39.32.84/63 Fax : 0522.39.33.66
INPE et code à Barres				09 B10D/136 0
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

جدول الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres		
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

 <p><b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b></p> <p><b>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</b></p>	 <p>الضمان الاجتماعي CNS</p>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
<b>Référence structurée :</b> 200796673710538		<b>Emis à Casablanca le :</b> 09/07/2020
<b>Identifiant de la famille</b> تعریف العائلة N° d'immatriculation : 175684128 Règlement du mois : 07/2020 Mode de paiement : Virement		<b>BELBEKRI TOURIA</b> 99 RUE DES ROSES HYERRAHA CASABLANCA 2020
<b>Informations :</b> معلومات		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفنة 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>Total général remboursé</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
- Hémoculture

## 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

## ANALYSES



Ordonnance

- Glycémie a jeûn
- Hémoglobine glycosylée
- Triglycérides
- NFS, VS, CRP
- Aspect du sérum
- TSH-AC antithyroidien
- Anticorps antithyroidien
- Taux de Porthribine + INR
- FE + OTF + 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 sg
- Vitamine D
- Ex cyto-bacteriologique vaginal+
- ATB gram
- Bilan de coagulation

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Ben Hassen  
Casablanca  
Tél : 0600.503.40 / 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65  
G. 2000

*Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimosa Bay Erraha  
Casablanca  
Tél. 05.22.36.58.91  
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

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

الطبية  
الحالات ونحوها  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109 Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.87/63  
Fax : 0522.39.88.44

# 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

---

**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.**

