

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

## Informations 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.

## 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.

## 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  
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 à caractère 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- 0046049

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6328 Société : 41121

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHTAJ MOHAMMED

Date de naissance : 27/12/55

Adresse :

Tél. : 0660324288 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

800,00 DH

Date de consultation : / /

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 : 18/9/20

Le : 22 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

doit être accompagnée de justificatives originales (actes, factures, ...).

de la personne soignée par les praticiens eux mêmes : soins.

transmises doivent être les codes à barres des

ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte de traitement médical continu. le dossier doit être présenté 1) jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au suite à accord préalable. es est disponible auprès de

x accidents du travail et illes ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse enir des prestations qui ne ssible des sanctions légales

boursement prise par la e au respect des conditions e qui précède.

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

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج. 20/7/20

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.

لأنحة 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.

الضمان الاجتماعي الجمهورية الجزائرية CNSS Le devoir de vous protéger	Feuille de Soins Maladie	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم	Ref: ANAM - 1.2.9
Entente préalable *	تنفيذ *	Exécution *		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : HALI SAIDA

N° Immatriculation : 137770551

N° CIN : BH-814124

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :  
Conjoint ☐ زوج  
Enfant ☐ ابن

Adresse : Road Palmiers N6 IMMD Sidi Maarouf CABA العنوان

Montant des frais : 800 Dhs

Nombre de pièces jointes :  
Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom :

Date de naissance :  
N° CIN :

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

INPE et code à barres : INPE 091093658

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins :  
Hospitalisation ☐ استشفاء  
Maternité ☐ أمومة  
Accident ☐ حادث  
Maladie ☒ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :  
Le : 11/11/2019

Signature de l'assuré(e)  
S. Ghah

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :  
Le : 11/11/2019

Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Cocher la mention utile pour chaque case



تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
13/12/20		E		Dr. Abdelhak LEMSEPTER Gynécologue-Obstétricien 52 Bd. Zerktouni Casablanca
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _				
NPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _				

CIM-10



عمليات المساعدين الطبيين					توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	Montant facturé	Signature et Cachet du Biologiste
10/12/20	234		800	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _				

يتم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	تصيدي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pl Fournisseurs des dispo
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>مرجع رقم : 610-2-06 : REF</b>
	<b>Référence structurée : 200897449811414</b>	<b>Emis à Casablanca le : 04/08/2020</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 137770551 Règlement du mois : 08/2020 Mode de paiement : Virement	<b>GHALI SAIDA</b> <b>RES PALMIERS IMM D N° 6 SIDI MAAROUF</b> <b>CASABLANCA 2027</b>	
	<b>Informations :</b>		

مربع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
GHALI SAIDA										
067677833	18/02/2020	KE	RADIOLOGIE	800,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70	140,00
<b>Total remboursé pour SAIDA</b>										<b>140,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>140,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

CASABLANCA, LE 02/03/2020

## FACTURE

N° Admission : 20002793 N° Facture : 20002739 Date facturation : 18/02/2020

Nom et prénom du patient : SAIDA GHALI

Convention : PAYANT

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MAMMOGRAPHIE BILATERALE	1.00	800.00	800.00
		Sous-Total	800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

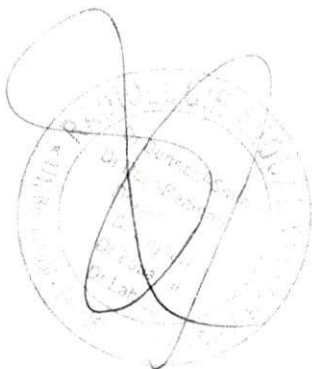
Huit cents dirhams

Total : 800.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92  
 Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IR : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Docteur Abdeljalil LEMSEFFER

Gynécologue - Obstétricien

Ancien Chef de Clinique - Assistant  
des Hôpitaux de Tours (France)



الدكتور عبد الجليل المسفر

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة

أستاذ مساعد و رئيس عيادة سابقا  
بالمركز الصحي الجامعي بتور (فرنسا)

Casablanca, le

15/12/20

The GHAI Society

Acrophore  
+ ECHO Moussin



Dr. Abdeljalil LEMSEFFER  
Gynécologue-Obstétricien  
52, Bd. Zerktouni  
Casablanca

52, Bd. Zerktouni - Espace Erreda - CASABLANCA - الدار البيضاء - شارع الزرقتوني - 52

Tél.: 05 22 22 22 80 : الهاتف - Fax : 05 22 22 32 45 : الفاكس

E-mail : jlemseffer@gmail.com - En cas d'urgence, appeler le : 06 61 13 28 46



Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUN  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 18 Février 2020

**DR LEMSEFFER ABDELJALIL**

**MME GHALI SAIDA**

### COMPTE RENDU

#### **MAMMOGRAPHIE NUMERISEE AVEC TOMOSYNTHESE :**

##### **Indication :**

52A / Op/ménopausée à 50ans/dernier bilan mammographique en 2015.

##### **Technique :**

Incidences crânio-caudales, latérales et obliques externes avec étude en tomosynthèse, examen réalisé par un imageur HOLOGIC à numérisation directe.

##### **Résultat :**

- Seins denses type C.
- Aspect discrètement nodulaire de la composante glandulaire siège de quelques calcifications sans groupement suspect.
- Aspect normal des prolongements axillaires et de sillons sous mammaires.
- Absence d'anomalie décelable sur l'étude en tomosynthèse.

#### **ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :**

##### **- Sein droit**

- On met en évidence un kyste hypoéchogène inféro-interne avasculaire de 6,5mm d grand axe et d'autres kystes également à contenu remanié, sus aréolaire et à la jonction des quadrants externes mesurant respectivement 3 et 3,4mm.

##### **A gauche**

- Aspect homogène.
- Il n'y a pas de lésion tissulaire ou kystique anormale à signaler.
- Il n'y a pas d'adénomégalie axillaire

##### **Conclusion :**

- Microcalcifications bilatérales sans groupement en foyer et mastopathie du sein droit à composante kystique remanié en l'absence d'étude comparative, examen classé ACR 3.

**DR ZOUAOUI ABDELAZIZ**