

## 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

entre 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-471910

69781

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 8366

Matricule : 8366 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. ZOUHRA

Date de naissance : 22/12/1960

Adresse : .....

Tél. : 0613978817 Total des frais engagés : 1155 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



## تعليمات يجب إتباعها

par personne et par

accompagnée de toutes  
ginales (ordonnances

la personne soignée  
praticiens eux mêmes  
s.

mises doivent être  
odes à barres des

nsi que les pièces  
présentées à la CNSS  
uivent le premier acte  
n traitement médical  
cas, le dossier doit être  
e (60) jours qui suivent

es frais engagés sera  
tarification nationale de

peuvent donner lieu au  
te à un accord préalable.  
est disponible auprès de

accidents du travail et  
lles ne sont pas couverts.

ole de fraude ou de fausse  
air des prestations qui ne  
ible des sanctions légales

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

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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية  
المشتراة.

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 التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.  
لأنحة 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 للاستفادة 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.

<p>الضمان الإجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Réf. : 610-1-03</p> <p>مرجع رقم</p>	<p>ANAM 12.02.01</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>			

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	Bachir Abdou		
N° Immatriculation :	138-13121213		
N° CIN :	180525101111		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		
Adresse :			
Montant des frais :	Dhs. درهم		
Nombre de pièces jointes :	-----		

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	
Nom et prénom :	
Date de naissance :	11/11/11
N° CIN :	1111111111
Sexe * :	M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
INPE et code à barres **	
Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD :	1111111111	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD :	111111	رمز المرض المزمن :
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *	Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *	

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : ب : Le : 10/10/2010 في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : ب : Le : 11/11/11 في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	---

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* انشط الخانة المناسبة

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

دارالمؤمن - ساحة داکار - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
تاريخ الإيداع : 11/11/11	تاريخ الإستلام : 11/11/11



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	



شهادة تحمل مصاريف الأدوية

ATTESTATION DE  
PRISE EN CHARGE DES  
MEDICAMENTSالمملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROCالضمان الاجتماعي  
CNSS

مديرية التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

N° 461241

Ref : 610-2-69 - مرجع رقم

Nom et prénom de l'assuré : BENBADIS ABDELJALIL

Nom et prénom du bénéficiaire : BENBADIS ABDELJALIL

N° d'immatriculation 138372223

Numéro de Prise en Charge :



\*880173895\*

Médecin traitant :

Durée de traitement 100 Jours

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'engage à prendre en charge conformément à la convention en vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتحمل مصاريف الأدوية التالية وذلك وفقا للاتفاقية المحددة

Nom commercial الاسم التجاري	PPV ثمن الدواء Tarif de cession تعرفة البيع	Prix Base de Remboursement اساس التحمل	Nombre d'unités عدد الوحدات	Taux de prise en Charge نسبة التحمل	Montant PEC CNSS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.ض.ج.	Montant PEC Assuré (en DH) المبلغ المتحمل من طرف المؤمن
CELLCEPT 500 MG 1 BOITE 50 COMPRIME	915,00	683,00	4	97	2650,04	1009,96
Total :					2650,04	1009,96

Pour un montant global de	2 650,04	Dhs	المبلغ المجمع
Deux Mille Six Cent Cinquante Dhs Et Quatre Centimes			
Le montant global à la charge de l'assuré	1 009,96	Dhs	المبلغ المجمع المتحمل من طرف المؤمن
Mille Neuf Dhs Et Quatre-Vingt Seize Centimes			
La validité de prise en charge :	Du 28/04/2021	Au 27/05/2021	صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à la demande de remboursement du pharmacien dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de délivrance des médicaments.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب أن يودعه الصيدلي في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ تسليم الأدوية

Aussi, nous vous signalons que cette attestation de prise en charge est utilisable une seule fois et que le dépassement du délai de validité de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation sans effet.

كما نشير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة وأن عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

NB : le paiement se fera sur la base du prix en vigueur à la date de facturation.

ملحوظة : يتم التعويض على أساس الثمن المعمول به في تاريخ تحرير الفاتورة

Délivrée par : ZIRAOU  
Le 28/04/2021

Fait à :

Le :

Signature et cachet du prestataire



Signature et cachet de l'agence CNSS

PH. CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° CNSS: 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

MR BENBADIS ABDELJALIL

N° ICE 001727771000005

Le : 26/04/2021

FACTURE N°: 8439/21

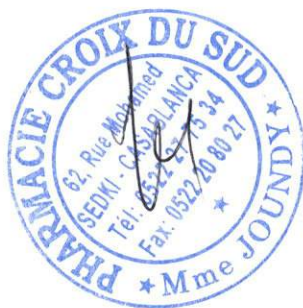
Qté	Désignation	Prix	Montant
3	PROGRAF 1MG 100 GELULES	1630.00	4890.00

TVA 7%: 319.91

Total : 4 890,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS



**PH. CROIX DU SUD**

**MME KTIRI JOUNDY FATIMA**

**62 RUE MED SEDKI**

**CASABLANCA**

**Taxe Profes. N°: 35424065**

**N° R.C. : 372691**

**N° ID.F. : 20763230**

**N° ICE 001727771000005**

**N° CNSS: 1175638**

**Tel : 022277534**

**Fax : 022208027**

**MR BENBADIS ABDELJALIL**

**Le : 26/04/2021**

**FACTURE N°: 8440/21**

Qté	Désignation	Prix	Montant
4	CELLCEPT 500/50CPS	915.00	3660.00

**Total : 3 660,00**

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

**TROIS MILLE SIX CENT SOIXANTE DIRHAMS**



**CENTRE  
MONETIQUE  
INTERBANCAIRE**

**ACHAT**

30/04/2021 11:01:40

9900042178

90421701

PHCIE CROIX DU SUD

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

**MR ABDELJALIL BENBADIS**

\*\*\*\*\*4254

05/22 CARTE NATIONALE

D2F4092139A8C035

601-0-9999-1-44

**MONTANT: 1156.66 MAD**

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 020885

STAN : 003831

**DEBIT**

**Le CHI vous remercie**

---

TICKET A CONSERVER

Copie Client

ATTESTATION DE  
PRISE EN CHARGE DES  
MÉDICAMENTS



N° 461241

Ref. : 610-2-69 - مرجع رقم

Nom et prénom de l'assuré : BENBADIS ABDELJALIL  
Nom et prénom du bénéficiaire : BENBADIS ABDELJALIL  
N° d'immatriculation : 138372223  
Numéro de Prise en Charge :   
\*880173895\*

Médecin traitant :

Durée de traitement : 100 Jours

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'engage à prendre en charge conformément à la convention en vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتحمل مصاريف الأدوية التالية وذلك وفقاً للاتفاقية المحددة

Nom commercial الاسم التجاري	PPV ثمن الدواء Tarif de cession تعرفة البيع	Prix Base de Remboursement اساس التحمل	Nombre d'unités عدد الوحدات	Taux de prise en Charge نسبة التحمل	Montant PEC CNSS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.ج.	Montant PEC Assuré (en DH) المبلغ المتحمل من طرف المؤمن
CELLCEPT 500 MG 1 BOITE 50 COMPRIME	915,00	683,00	4	97	2650,04	1009,96
Total :					2650,04	1009,96

Pour un montant global de	2 650,04	Dhs	المبلغ المجمع
Deux Mille Six Cent Cinquante Dhs Et Quatre Centimes			
Le montant global à la charge de l'assuré	1 009,96	Dhs	المبلغ المجمع المتحمل من طرف المؤمن
Mille Neuf Dhs Et Quatre-Vingt Seize Centimes			
La validité de prise en charge :	Du 28/04/2021	Au 27/05/2021	صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à la demande de remboursement du pharmacien dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de délivrance des médicaments.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب أن يودعه الصيدلي في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ تسليم الأدوية

Aussi, nous vous signalons que cette attestation de prise en charge est utilisable une seule fois et que le dépassement du délai de validité de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة وأن عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

NB : le paiement se fera sur la base du prix en vigueur à la date de facturation.

ملحوظة : يتم التعويض على أساس الثمن المعمول به في تاريخ تحرير الفاتورة

Délivrée par : ZIRAUI  
Le 28/04/2021



Signature et cachet de l'agence CNSS

Fait à :

Le :

\_\_\_\_\_

Signature et cachet du prestataire



**الدكتور عبد الحق بوزيان**

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعة الداخلي

التشخيص بالأمواج الصوتية

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى

الحامدي أنجي (فرنسا)

الدار البيضاء في ..... anca, le

26 avril 21

**IDENTITE: MR BENBADIS ABDELJALIL**

✓ CELLCEPT 500

1C. 2 X / J.

**QSP 3 Mois.**



17cc 880173895  
15 461247

Amh

الدكتور عبد الحق بوزيان  
Docteur Abdelhak BOUZIANE  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
283, Bd Mohamed ZERKTOUNI  
Casablanca - Tél: 05 22 94 32 32 / 33  
RPP: 091209239

283 شارع محمد الزرقتوني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 94 32 32 / 33

283, Bd .Mohamed Zerktoni - Casablanca - Tél.:0522 94 32 32 / 33

E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com

Ice 001751858000041

شهادة تحمل مصاريف الأدوية

ATTESTATION DE  
PRISE EN CHARGE DES  
MÉDICAMENTS

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC  
Royaume du Maroc



الضمان الإجتماعي  
Tahawt al-Asasi  
Tahawt al-Asasi

CNSS

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

N° 461240

سجل رقم : 610-2-69 Réf.

Nom et prénom de l'assuré : BENBADIS ABDELIALIL

Nom et prénom du bénéficiaire : BENBADIS ABDELJALIL

N° d'immatriculation 138372223

Numéro de Prise en Charge :



\*880173893\*

Médecin traitant :

Durée de traitement 100Jours

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'engage à prendre en charge conformément à la convention en vigueur les médicaments suivants :

يلتزم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتحمل مصاريف الأدوية التالية وذلك وفقا للاتفاقية المحددة

Nom commercial الاسم التجاري	ppv ثمن الدواء Tarif de cession تعرفة البيع	Prix Base de Remboursement اساس التحمل	Nombre d'unités عدد الوحدات	Taux de prise en Charge نسبة التحمل	Montant PEC CNSS (en DH) المبلغ المتحمل من طرف ص.و.ض.ج.	Montant PEC Assuré (en DH) المبلغ المتحمل من طرف المؤمن
PROGRAF 1 MG 1 BOITE 100 GELULE	1630,00	1630,00	3	97	4743,30	146,70
Total :					4743,30	146,70

Pour un montant global de	4 743,30	Dhs	المبلغ المجمع
Quatre Mille Sept Cent Quarante Trois Dhs Et Trente Centimes			
Le montant global à la charge de l'assuré	146,70	Dhs	المبلغ المجمع المتحمل من طرف المؤمن
Cent Quarante Six Dhs Et Soixante Dix Centimes			
La validité de prise en charge :	Du 28/04/2021	Au 27/05/2021	صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à la demande de remboursement du pharmacien dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de délivrance des médicaments.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب أن يودعه الصيدلي في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ تسليم الأدوية

Aussi, nous vous signalons que cette attestation de prise en charge est utilisable une seule fois et que le dépassement du délai de validité de l'attestation sus mentionné rend la présente attestation sans effet.

كما نشير انتباهكم إلى أن هذه الشهادة تخص وصفة واحدة وأن عدم شراء الأدوية داخل الأجل المشار إليها أعلاه يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

NB : le paiement se fera sur la base du prix en vigueur à la date de facturation.

ملحوظة : يتم التعويض على أساس الثمن المعمول به في تاريخ تحرير الفاتورة

Délivrée par : ZIRAOU  
Le : 28/04/2021

Fait à :  
Le :

Signature et cachet du prestataire



Signature et cachet de l'agence CNSS

Signature

Indice de révision : 02\_16.11.2018



Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Université Mohammed VI  
Casablanca (France)

الدكتور عبد الحق بوزيان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعاع الداخلي  
التشخيص بالأمواج الصوتية  
طبيب ملحق سابقا بالمستشفى  
الجامعي أنجي (فرنسا)

Casablanca, le

الدار البيضاء في

26 avril 21

IDENTITE: MR BENBADIS ABDELJALIL

✓ PROGRAF  
3C. / J.

QSP 3 Mois.

الدكتور عبد الحق بوزيان  
Docteur Abdelhak BOUZIANE  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
283, Bd Mohamed Zerketouni  
Casablanca - Tél: 05 22 94 32 32/33  
NP: 091200239



Spec 280  
75461240

Handwritten signature

283 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 94 32 32 / 33  
283, Bd . Mohamed Zerketouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33  
E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com  
Ice 001751858000041

PH. CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° ICE 001727771000005

N° CNSS: 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

MR BENBADIS ABDELJALIL

Le : 26/04/2021

FACTURE N°: 8439/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	PROGRAF 1MG 100 GELULES	1630.00	4890.00

TVA 7%: 319.91

Total : 4 890,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS





PH. CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° CNSS: 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

MR BENBADIS ABDELJALIL

N° ICE 001727771000005

Le : 26/04/2021

FACTURE N°: 8440/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
4	CELLCEPT 500/50CPS	915.00	3660.00

Total : 3 660,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

TROIS MILLE SIX CENT SOIXANTE DIRHAMS

