

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

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 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° M21- 042677

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANOUAR

Date de naissance : 26-8-56

Adresse : 89 Rue S. Ross Hay El Bata

Tél. : 064490032 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : BELBELLI TOURA Kan

Nom et prénom du malade : Age : 65 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 : 24/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 42677

Remplissez ce volet; découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

2107062016

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 Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام : Date d'arrivée:
تاريخ الإيداع : Date de dépôt du dossier:	

 الصندوق الاجتماعي MEON / ALCE CNS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 12.01.01
* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02 Réf.	

N° Dossier : _____

Partie réservée à l'assuré(e) (لها) _____

Nom et prénom : BEL BEKRI Tounia الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 417516841218 رقم التسجيل :

N° CIN : B4141191 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1-1

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

☐ Conjoint زوج ☐ Enfant ابن

Adresse : 99 Rue des roses Hay ERRAHA CA العنوان :

Montant des frais : 2215,18 درهم مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 05 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BEL BEKRI Tounia الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 15/05/1956 تاريخ الازدياد :

N° CIN : B4141191 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : ☒ M ذكر ☐ F أنثى الجنس * :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

0121027557

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
---	---

Type de soins* نوع العلاجات*

☐ Hospitalisation استشفاء ☐ Maternité أمومة ☐ Accident حادث ☐ Maladie مرض

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

Fait à : _____ **ب :** _____

Le : 12-07-2024 **في :** _____

 توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré(e)

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

Fait à : _____ **ب :** _____

Le : 05-07-2024 **في :** _____

 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية

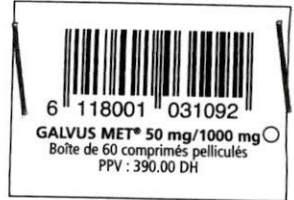
مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 5/7/2021.

Nom : Dr. BELBEKRI Touria

390.00

Galvus met 50/1000



1 p x 2/11 après repas
496 x 3 = 1488.80
D'une frite

PHARMACIE AL WOUROU
7, Rue des Roses A Côté de
Asjid Annour - Beauséjour
2522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34890



1 amp / 15 j x 2 mois

plus 1 amp / mois x 4 mois



538.80

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
Nutrition
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème étage N° 19
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

فضاء الروداني. 230 شارع الروداني (طريق الجديدة سابقا) - الطابق الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 70 71
Espace Roudani. 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 5/7/2024.

Nom : Ne BELBEKRI TOURIA

GAT

HbA_{1c}

Cholesterol HDL LDL

Got / GPT

Urée, Creat, Acide urique

NFS - Ferritin.

TSHus.

Vit D.

examens de urée.

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

LABO BENJELLOUN
Mme BELBEKRI TOURIA
DDN 15-05-1956
2107062016
ordonnance

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies métaboliques
Nutrition
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

فضاء الروداني. 230 شارع الروداني (طريق الجديدة سابقا) - الطابق الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 70 71
Espace Roudani. 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610 2 06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 210807306633709	Emis à Casablanca le : 17/08/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة BELBEKRI TOURIA 99 RUE DES ROSES HY ERRAHA CASABLANCA 2020 N° d'immatriculation : 175684128 Règlement du mois : 08/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو 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										
067331556	05/07/2021	CS	MEDECIN	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067331556	05/07/2021	B	SPECIALISTE	1 876,30	1,10	683,00	1,00	1 851,30	70	1 295,91
067331556	05/07/2021	PH	BIOLOGIE PHARMACIE	538,80	538,80	1,00	1,00	538,80	70	377,16
Total remboursé pour TOURIA										1 778,07
Total général remboursé										1 778,07

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 097 159 024 – ICE 001686316000007

FACTURE N°: 2107062016

ORGANISME: CNSS

Mme TOURIA BELBEKRI

Date: 06-07-2021



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9106	Forfait de sécurité pour échantillon microbiologique	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
	Acide urique sanguin (1er jour)	B30	B
	Cholestérol total	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Cholestérol LDL	B50	B
0439	Vitamine D	B450	B
	Triglycérides	B60	B
	Urée	B30	B
	Microalbuminurie des 24 heures	B120	B

Total des B: 1683

Montant total de la facture: 1876.30 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **mille huit cent soixante-seize dirhams trente centimes.**

مختبر بنجلون التحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06600 503 40 - 0522 39 32 84/53
Fax : 0522 39 33 65