

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

Réditions 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº M21- 042677

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

81781 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14296 Société : RAM

Actif

Rensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANOUAR

Date de naissance :

16-8-76

Adresse :

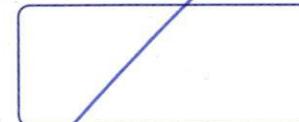
QASR QS Free

Tél. : 0664499032

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

BELBEKI TOUBA Age: 65 ans

Nom et prénom du malade :

BELBEKI TOUBA

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 08/08/2021

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21- 42677 CNSS

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

Signature et cachet de l'Agence	Signature et cachet de l'Agence
--	--

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____



Instructions à suivre

ن تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الض
(وصفات طيبة، 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 الاثباتية 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 يوماً) من
انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة
المسبقة.

لا يحتج هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من
خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق
ذكره.

Signature et cachet de l'Agence	Signature et cachet de l'Agence
Identification de l'agent : _____	Identification de l'agent : _____

Date d'arrivée : _____

Date d'arrivée : _____

0664465032

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مدبرة التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf. ANAM : 1281/01
Réf. ANAM : 610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : _____

خاص بالمؤمن له (لها)

رقم التسجيل : _____

رقم بطاقة التعرف الوطنية : _____

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

العنوان : _____

Conjoint زوج
Enfant ابن

العنوان : _____

مبلغ المصاريف : _____

عدد الوثائق المرفقة : _____

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : _____

تاريخ الإيداد : _____

رقم بطاقة التعرف الوطنية : _____

الجنس : _____

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشففي : _____

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

Type de soins :

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous
أشهد بصدقه كل ما ذكر أعلاه
Fait à : _____

Fait à : _____

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
أشعر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le : _____

Le : _____

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة أكدار - المار البيضاء من بـ 2186 - المار البيضاء الجهة - الهاتف : 060 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
نوع 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	
05/07/2021		CS	300 DH	Ghita TAHAMOU	
08/07/2021				Endométriose Gynécologique	
INPE et code à Barres					INPE et code à Barres
					INPE et code à Barres
					INPE et code à Barres

CIM-10

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإشعاعية والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
نوع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	
Dr. BENJELLOUN Laboratoire BENJELLOUN 109, Bd. Omar Al Khayam Beausjour Casablanca Tél: 06000.503.40 - 0522.39.02.8753 Fax: 0522.39.33.65	06/07/2021	B:1683		1876,30 DH	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزدونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
نوع وطابع الصيادي أو ممدون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	
PHARMACIE AL WOORUD 67, Rue des Roses A Côte de Mosid ANTOINE Tél: 022.368.90 Porte 34808192	05/07/2021	538,80	
INPE : 092009513			

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

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 surrénales et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

أمراض الأيض وطب التغذية

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

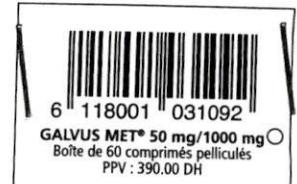
5/7/2021.

Casablanca, le :

Nom : Dr BELBEKRI Touria

390.00
Galvus met 50/1000

15



1 pc 2/1 après repas

$$49.6 \times 3 = 148.80$$

D une forte

15

1aup (15 j) x 2 mois

puis 1aup / mois x 4 mois

PHARMACIE AL WOURQUA
7 Rue des Rosiers A Côté de
Assid Annour - Beauséjour
2522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 348000
e. 6 118001 320103



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) - 4^{eme} 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
Problèmes de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénales et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

أمراض الأيض وطب التغذية

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

Casablanca, le : 5/7/2024

Nom : Mme BELBEKRI TOURIA

GAT

Hb A_{1c}

clot CRH HbR R

GOT / GPT

Urée, Creat., Acide urique

NFS - Fœtus.

TSHUS.

Nit D.

urineal de 24h.

LABO BENJELLOUN
Mme BELBEKRI TOURIA
DDN 15-05-1956



ordonnance

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
Nutrition
Espace Roudani 230 Bd Roudani 4ème Etage 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) - 4^{eme} étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

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

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	التعرفة 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 SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067331556	05/07/2021	B	BIOLOGIE	1 876,30	1,10	683,00	1,00	1 851,30	70	1 295,91
067331556	05/07/2021	PH	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 للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour
Casablanca
Tél : 05 22 39 32 84/53
Fax : 05 22 39 33 65