

# 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.

## 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 074688

COMPLEMENT

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAROURI Diloud

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51, Rue HASSANE II, EL HANA CASA

Tél. : 0662243603 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KOUIRI Khadifa 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 74688

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 :



2020 24/11/21

**livre**

oiris par personne et par

tre accompagnée de toutes  
originales (ordonnances

le la personne soignée  
es praticiens eux mêmes  
ins.

nsmises doivent être  
codes à barres des

ainsi que les pièces  
re présentées à la CNSS  
suivent le premier acte  
un traitement médical  
r cas, le dossier doit être  
ite (60) jours qui suivent

es frais engagés sera  
a tarification nationale de

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

accidents du travail et  
es ne sont pas couverts.

e de fraude ou de fausse  
des prestations qui ne  
le des sanctions légales

oursement prise par la  
au respect des conditions  
ui précède.

تعليمات يجب إتباعها

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 المرسلة 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة.  
لائحة 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 طبقاً 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>مرجع رقم 610-1-03</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>Ref. ANAM 120301</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : KOWRI Khadija

رقم التسجيل : 165014319

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B348175

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) \*

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : 51, Rue HASSANE HYDIHANA - CASA

بلوغ المصاريف : Dhs. درهم

عدد الوثائق المرفقة : 826,80

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : Kowri Khadija

تاريخ الإزدياد : 13/10/1954

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B348175

الجنس : \* أنثى ☒ F ذكر ☐ M

Sexe \* :

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر \*\*

INPE et code à barres \*\*

INPE : 091201335

مédecin traitant : الطبيب المعالج

Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن \* :

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

Admission ALD \* : Oui ☐ Non ☐

N° dossier ALD : 11111111111111111111

Code ALD : 11111111111111111111

Maladie \* ☐ مرض \* Hospitalisation \* ☐ استشفاء \*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : 12/11/2021

Le : 12/11/2021

توقيع و طابع الطبيب المعالج

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

Signature de l'assuré(e)

توقيع و طابع

Signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réservé à la DAMO

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



# Complément

copie documents suivants.

- 1) D'écompte CNSS du 09/12/21 OH 521,14
- 2) Ordonnance DR K. BENOYAR 26,80
- 3) Facture échographie cervicale 500,00
- 4) Compte rendu échographie
- 5) Feuille de soins CNSS  
auto ver

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>		 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 211210503921375		Emis à Casablanca le : 09/12/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165014319 Règlement du mois : 12/2021 Mode de paiement : Virement		KOUIRI KHADIJA 51 RUE HASSAN HAY EL HANA CASABLANCA 2021	
	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
KOUIRI KHADIJA										
081828819	17/11/2021	CS	MME BENOMAR KANZA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
081828819	17/11/2021	KE	MME BENOMAR KANZA	500,00	650,00	1,00	1,00	650,00	77	385,00
081828819	17/11/2021	PH	PHARMACIE SOPHIA	26,80	309,40	1,00	1,00	309,40	77	20,64
Total remboursé pour KHADIJA										521,14
Total général remboursé										521,14

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

# Docteur Kanza BENOMAR

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques

Lauréate de la Faculté de Médecine de LILLE en France  
Ancienne Chef de Clinique au CHU de LILLE  
Diplômée en Thyroïdologie  
Diplômée en Echographie Thyroïdienne et Cytoponction  
Diplômée en Obésité et Nutrition  
Pose de pompes à insuline

Ex.Enseignante à la faculté de Médecine de LILLE - France



## دكتورة كنزة بنعمر

اختصاصية في أمراض الغدد و السكري  
و التغذية و أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بجامعة ليل بفرنسا  
رئيسة سابقة بالمستشفى الجامعي بليل  
دبلوم جامعي في علاج الغدة الدرقية و الفحص بالصدى  
دبلوم جامعي في علاج السمنة والتغذية  
وتركيب مضخة الأنسولين

ستاذة سابقا بكلية انطب بجامعة ليل بفرنسا

Casablanca le 19/11/2021

13.40x2

- Levothyrox 50µg

26.80 sup 15

S.V

30 min A+RDS



Pharmacie SOPHIA  
Mme. Benbouayim E.A. Slaoui  
214, Bd. Ibnou Sina - CASA  
Tél: 022.36 01.24

Docteur Kanza BENOMAR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie  
Maladies Métabolique et Nutrition  
Tél: 0522 23 79 52 - 0629 45 90 17

83 Angle Bd ABDELMOUMEN et Rue SOUMAYA - Résidence SHEHRAZADE - 1er étage

83 ملتقي شارع عبد المومن زنقة سمية - إقامة شهرزاد - الطابق الأول

Tél: + 212 (0) 5 22 23 79 52 / + 212 (0) 6 29 45 90 17



# Docteur Kanza BENOMAR

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques

Lauréate de la Faculté de Médecine de LILLE en France  
Ancienne Chef de Clinique au CHU de LILLE  
Diplômée en Thyroïdologie  
Diplômée en Echographie Thyroïdienne et Cytoponction  
Diplômée en Obésité et Nutrition  
Pose de pompes à insuline

Ex.Enseignante à la faculté de Médecine de LILLE - France



# دكتورة كنزة بنعمر

اختصاصية في أمراض الغدد و السكري  
و التغذية و أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بجامعة ليل بفرنسا  
رئيسة سابقة بالمستشفى الجامعي بليل  
دبلوم جامعي في علاج الغدة الدرقية و الفحص بالصدى  
دبلوم جامعي في علاج السمنة والتغذية  
وتركيب مضخة الأنسولين

و أستاذة سابقا بكلية الطب بجامعة ليل بفرنسا

Casablanca le 17/11/2021

Rue Kanza  
Khanja

- Facte echographie Cervicale

- Montant payé: 500,-

Docteur Kanza BENOMAR  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie  
Maladies Métaboliques et Nutrition  
T: 0522 629 45 90 1

83 Angle Bd ABDELMOUMEN et Rue SOUMAYA - Résidence SHEHRAZADE - 1er étage

83 ملتقى شارع عبد المومن زنقة سمية - إقامة شهرزاد - الطابق الأول

Tél : + 212 (0) 5 22 23 79 52 / + 212 (0) 6 29 45 90 17

E-mail : kanzzamed@hotmail.com - Site Web : cedmmn.ma

## Docteur Kanza BENOMAR

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques

Assistante Clinicienne à l'Université de Lille  
Diplômée en Thyroïdologie  
Diplômée en Echographie Thyroïdienne et Cytoponction  
Diplômée en Obésité et Nutrition  
Pose de pompes à insuline

Ex-Enseignante à la faculté de Médecine de LILLE - France

Mme KOUIRI KHADIJA

17/11/2021

### ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

#### Indication :

TPO+ hypothyroïdie

#### Technique :

Samsung HS40, Sonde 3-16MHZ

#### Résultats

BIOMETRIE	Hauteur (mm)	Largeur (mm)	Epaisseur (mm)	Volume (ml)
Lobe droit	46.6	18.0	13.4	5.89
Lobe gauche	50.4	18.1	20.5	9.76

Isthme mesure 0.54 cm

#### Echostructure :

HYPOECHOGENECITE marquée au niveau DES 2 lobes thyroïdiens avec Contours bosselés

La vascularisation de la thyroïde est Normalisée

#### Nodules thyroïdiens :

ABSENCE de nodules

#### Aires ganglionnaires

Absence d'adénopathies

36 50 000 - 15 000 000  
Laboratoire d'Analyses Médicales et Biologiques  
17/11/2021  
Kouiri Khadija  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques

SVP pour voir la