

# 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.

## Education :

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.

## Optique :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7099 Société : 103 008

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZIZ Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665108044 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : HATIM SAMIR 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.

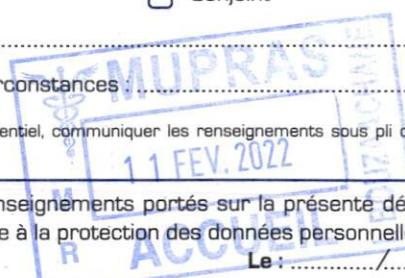
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

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

Signature de l'adhérent(e) :



وصف العمليات المجرأة				
Description des actes effectués		بيانات العمليات		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
06/01/2022	9		G	
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					
Actes Paramédicaux		بيانات العمليات			
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور				
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
06/01/2022	B	100	515,00	 Rés. Menara, Rue Socrate, Imme CNA 4 - 20 000 Casablanca Tél: 0522 28 36 02 / 0522 23 34 65 - Fax 0522 25 85 08 Email : labo.socrate@menara.ma
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/01/2022	279,20	 16, Rue Socrate, Casablanca Tél: 0522 28 36 02 / 0522 23 34 65
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	Prix Total

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (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 un 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 un 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.

## Instructions à suivre

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

Présenter la feuille de soins avec les pièces justificatives.

 <b>Le devoir de vous protéger</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <b>Entente préalable *</b>	<input type="checkbox"/> تنفيذ * <b>Exécution *</b>	Réf. : 610-1-03 مرجع رقم : 610-1-03

N° Dossier :

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **HATI SAWIRA**  
 رقم التسجيل : **11611314121318**

N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **13141516131819**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : **\***  
 الإسم العائلي والشخصي : **ابن**  
 رقم التسجيل : **13141516131819**

N° CIN : **44 Rue Aloukhouane Resyastine Etat 32 B 114657**  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
 Conjoint  زوج  
 Enfant  ابن

العنوان : **44 Rue Aloukhouane Resyastine Etat 32 B 114657**  
 مبلغ المصاريف : **7.542.00 Dhs.**

Montant des frais : **7.542.00 Dhs.**  
 عدد الوثائق المرفقة : **.....**

Nombre de pièces jointes : **.....**  
 تصريح الطبيب المعالج

المسنود من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : **.....**  
 تاريخ الإزدياد : **.....**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **.....**  
 الجنس : **ذكر M**

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق \*\*

INPE et code à barres \*\*  
**INPE-091026427**  
 Médecin traitant **Dr. BENCHAKROUN Nadia**  
 الطبيب المعالج  
 Etablissement de soins **.....**  
 المؤسسة العلاجية

### نوع العلاجات

قويل المرض المزمن \*  
 رقم ملف المرض المزمن :  
 رمز المرض المزمن :

Admission ALD \* : **Oui**  
 N° dossier ALD : **.....**  
 Code ALD : **.....**

Hospitalisation\*  استئنفان \*

أشهد بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable

Fait à : **.....**  
 Le : **.....**  
 في : **.....**

توقيع و طابع المكتب الطبي المؤسسة الصحية  
**Dr. BENCHAKROUN Nadia**  
 Cachet et Signature du Médecin traitant et de l'établissement de soins

\*: Cocher la mention utile pour chaque case  
 \*\*: Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.  
 دل المؤمن - سلطة مذكرة - الدار البيضاء المحطة - ب. 2186 - الدار البيضاء من: 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

<b>توقيع و طابع الوكالة</b> <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	<b>خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Réservé à la DAMO</b>
<b>Identification de l'agent :</b> _____ <b>Date de dépôt du dossier :</b> _____	
<b>Tarif de l'agent :</b> _____	
<b>Date d'arrivée :</b> _____	

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجاري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220112079906464

Emis à Casablanca le : 27/01/2022

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 167340738  
Règlement du mois : 01/2022  
Mode de paiement : Virement

HATIM SAMIRA  
44 RUE AL OUKHOUANE RES YASMINE ETG 3 N° 8 HY  
RAHA  
CASABLANCA 2030

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العللities Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
HATIM SAMIRA										
070997778	06/01/2022	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070997778	06/01/2022	SC1	BIOLOGIE	515,00	0,00	400,00	1,00	0,00	00	0,00
070997778	06/01/2022	PH	PHARMACIE	223,00	223,00	1,00	1,00	223,00	95	211,85
070997778	06/01/2022	PHN	PHARMACIE	56,20	56,20	1,00	1,00	56,20	00	0,00
<b>Total remboursé pour SAMIRA</b>										<b>211,85</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>211,85</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Date : lundi 17 janvier 2022 التاریخ:

Heure : 13 h 52 WET الساعة:

Destinataire :

HATIM SAMIRA  
44 RUE AL OUKHOUANE RES YASMINE ETG 3 NR 8 HY RAHA  
20300  
CASABLANCA

المرسل اليه:



N° CNSS	167340738	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B456389	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	794.2 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	2 Pièces	عدد الوسق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	HATIM SAMIRA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel

طبات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص

الذاتيين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

الفاكس

Fax

الهاتف

Tél

CASABLANCA

المدينة

Ville

22, BD SIDI ABDERRAHMANE

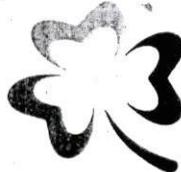
العنوان

Adresse

BEAUSEJOUR

وكلة

Agence



06/07/2022

Hme HATIM. Samira

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Qnco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**   
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

79,70 x 2

- Azin 500 mg x (2515)

14,00 1cp/13

- Dechiprane 1000 mg

40,90 1cp x 3/12

- Zinaskin 45 mg

15,30 1cp/13

- Vitaminice

49,60 1cp/3 de Mar

- D. Cine. Faitre 9 91

79,20 Gras 1 Semaine

PPV: 14DH00  
PER: 09/24  
LOT: K2526

PPV 40DH30 EXP 08/2024  
LOT 15038 97

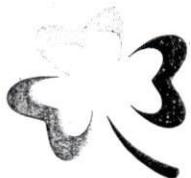
20 comprimés effervescents  
**Vita C 1000**

PPV 15DH30 EXP 08/2024  
LOT 19035 3

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21I16  
EXP: 09/2024

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologiciervad.com](http://www.oncologiciervad.com)

GSM : 06 62 09 54 15 - 06 62 09 54 26



06/01/2022

Mr. HATIM Salma

Pr. A. Acharki  
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami  
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi  
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. S. Sahraoui  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Benchakroun  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. Z. Bouchbika  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Mouafik  
Onco-Radiothérapeute

Dr. C. Lahmamssi  
Onco-Radiothérapeute

Pr. BENCHAKROUN Nadia  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 091026427

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologiyad.com](http://www.oncologiyad.com)  
GSM : 06 62 09 54 15 - 06 62 09 54 26

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –  
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417  
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA  
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie  
Mycologie - Parasitologie – Virologie

## FACTURE N° : 220000378

CASABLANCA le 06-01-2022

Mme Samira HATIM

Demande N° 220106A079

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 06-01-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS NOSPHAR	Prélèvement sang NASOPHARYNGE RT-PCR DU SARS CoV-2 ( COVID 19)	E25 E50 B400	E E B	25.00 MAD 50.00 MAD 440.00 MAC
				<b>Total</b>
				<b>515.00 MAD</b>

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 515.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quinze dirhams

  
LABOSOCRATE  
laboratoire de biologie médicale Socrate  
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08  
Email : labo.socrate@menara.ma



Code Patient : 151016A029  
Date de l'examen : 06-01-2022

Saisie le 06-01-2022 13:07



**Mme Samira HATIM**

Réf : 220106A079

Prescription :

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### RT-PCR du SARS CoV-2 (COVID-19)

Recherche des séquences du gène ORF1ab codant pour la polyprotéine pp1ab et du gène N codant pour la nucléocapside.

Nature du prélèvement:

Nasopharyngé

Résultat:  
(Siemens-Réactif FTD)

**POSITIF: Présence ARN viral SARSCoV-2**