

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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](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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059859

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAM, Fatima

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : B. Saman, Bd. Bougagga, angle Rue T.B. Nour KALAKI'S

N° 130 Casablanca

Tél. : 0605904320

Total des frais engagés : 739,00

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.

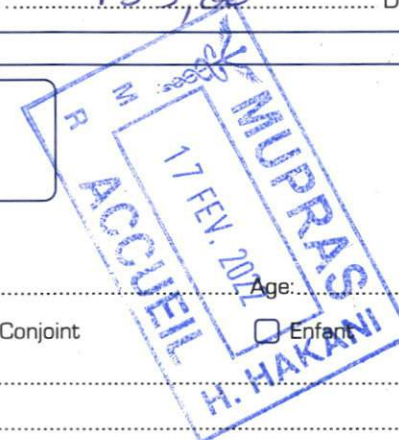
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 17/02/2012

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





## 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.

توقيع وطبيب الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : 11/11/2024	تاريخ الإرسال : 11/11/2024 Date d'arrivée :

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، 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 و الوثائق الإثباتية 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 يوما) من انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قليلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<p>الأمين الاجتماعي NEON - NCS CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>من اللقطة مسجلة * Entente préalable *</p> <p>تتخذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p> <p>Ref : ANAM 12.02.01</p>
<p>N° Dossier : 0605904320</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</p>		
<p>Nom et prénom : KSAR Mohamed</p>		
<p>N° Immatriculation : 1111111111111111</p>		
<p>N° CIN : 1111111111111111</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		
<p>Adresse : R. SANAA, ANOLE RUA IBRAHIM KALAKI, 130 BD. Boungue</p>		
<p>Montant des frais : 739.000 Dhs.</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : 1</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p>		
<p>Nom et prénom : KSAR Mohamed</p>		
<p>Date de naissance : 11/11/1981</p>		
<p>N° CIN : 1111111111111111</p>		
<p>Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p>		
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>		
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>		
<p>N° dossier ALD : 1111111111111111</p>		
<p>Code ALD : 1111111111111111</p>		
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		
<p>Fait à : 11/11/2024</p>		
<p>Le : 11/11/2024</p>		
<p>Tوقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)</p>		
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>		
<p>Fait à : 11/11/2024</p>		
<p>Le : 11/11/2024</p>		
<p>Tوقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.  
080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء - 2186 - الدار البيضاء - 2186 - الدار البيضاء - 2186  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



Description des actes effectués						وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP		المبلغ المفوتر Montant facturé	
01/03/2024				C.G.		توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant 	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM		المبالغ المفوتر Montant facturé	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

<p align="center"><b>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</b></p>		<p align="center">توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p align="center">التاريخ التنفيذي Date d'exécution</p>	<p align="center">الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p align="center">092012293</p>
<p align="center">30/05/21</p>	<p align="center">PHARMACIE ATTAUWHD Hay Sach Loc 3 Rue Tel : 06 22 70 80 42</p>	
<p align="center">INPE et code à Barres</p>	<p align="center">092012293</p>	

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

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Terilthe 250 mg B100 cp  
P.P.V : 67,80 DH



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 239,00 DH  
118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 239,00 DH  
ID: 646844  
118001 140800

LOT: 21E002  
PER: 03/2026  
NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC 820

P.P.V : 57DH30



LOT: 21E002  
PER: 01/2024

Maqhar  
Bd Akkima N° 6, Q1,  
Sidi Barmoussi, Casablanca  
Largactil 100mg cp  
pell 330  
P.P.V : 23,80 DH



LOT: 21E002  
PER: 01/2024

Maqhar  
Bd Akkima N° 6, Q1,  
Sidi Barmoussi, Casablanca  
Largactil 100mg cp  
pell 330  
P.P.V : 23,80 DH



LOT: 21E001  
PER: 12/2022

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC 830

P.P.V : 29DH50



LOT: 21E003  
PER: 04/2023

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC 830

P.P.V : 29DH50



LOT: 21E002  
PER: 03/2023

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC 830

P.P.V : 29DH50







Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le :

30/09/2021

# ORDONNANCE

Docteur :

Dr KSAR Mohamed

Dr YAZIDI Imad

Service de Psychiatrie  
CHU Ibn Rochd Casablanca

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

PHARMACIE ATTAWHID  
Hay Sadri Bloc 3 Rue 10 N° 33  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 70 80

- 1 - Tera lith 250 0.1 et 1/2
- 2 - 0.1 100
- 3 - 0.1 100
- 4 - 0.1 100
- 5 - Tenesta 250 1/2

1, Rue des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

Tu de 2 2009 hoo Le 05/10/2021

HÔPITAL des HÔPITAUX  
Regist des HÔPITAUX  
PSYCHIATRIE

RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO

Référence structurée : 211109909512314

Emis à Casablanca le : 23/11/2021

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

KSAR MOHAMED  
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06  
BOURGOGNE  
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation: 15969078

Règlement du mois : 11/2021

Mode de paiement : Virement

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	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
086499918	20/09/2021	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
086499918	20/09/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	403,00	398,40	1,00	1,00	398,40	70	278,88
086499919	30/09/2021	CG	HOPITAL IBN ROCHD	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086499919	30/09/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	739,00	596,90	1,00	1,00	596,90	70	417,83
086499917	05/10/2021	C	MME BENQADI RACHIDA	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
086499917	05/10/2021	PH	PHARMACIE ATTAWHID	529,60	530,40	1,00	1,00	530,40	70	370,72
086499917	05/10/2021	PHN	PHARMACIE ATTAWHID	0,00	34,00	1,00	1,00	34,00	00	0,00
Total remboursé pour MOHAMED										1 179,43
Total général remboursé										1 179,43

S'il y a erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان