

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

COMPLÉMENTAIRE Déclaration de Maladie

N° W19-500854

105416

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1391 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUALY Mohamed
 Date de naissance : 07-07-1952
 Adresse : Zone californie, Saphir 4 Apt 18, Ain chock Casablanca
 Tél : 0701132064 Total des frais engagés : 1160DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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 : 24 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 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 التعريفية 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

| | |
|--|---|
| <p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p> | <p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p> |
| <p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> | <p>Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> |

| | | | |
|--|--|---|-------------------------|
| <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>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p> | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p> | <p>Ref: ANAM 120201</p> |
| <p>N° Dossier :</p> | | | |
| <p>خاص بالمؤمن له (لها)</p> | | | |
| <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> | | | |
| <p>الإسم العائلي والشخصي : ZIAH AMINA</p> <p>رقم التسجيل : 183 619929</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 999963</p> <p>N° CIN : 183 619929</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : 2ème étage Ain chock Casablanca</p> <p>مبلغ المصاريف : 160.00 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 5</p> | | | |
| <p>Declaration du Médecin traitant</p> | | | |
| <p>المستفيد من العلاجات</p> | | | |
| <p>المستفيد من العلاجات</p> | | | |
| <p>الإسم العائلي والشخصي : ZIAH AMINA</p> <p>تاريخ الإزدياد : 22/04/1959</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 999963</p> <p>الجنس : * <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>الرقم الوطني الإستهلاكي للرقم المشفر **</p> | | | |
| <p>INPE et code à barres **</p> | | | |
| <p>مédecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p> | | <p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p> | |
| <p>نوع العلاجات</p> | | | |
| <p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | | | |
| <p>N° dossier ALD : _ _ _ _ _ _ _ </p> | | | |
| <p>Code ALD : _ _ _ _ _ _ _ </p> | | | |
| <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *</p> | | <p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p> | |
| <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Le : 22/04/2024</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p> | | <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Le : 22/04/2024</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> | |

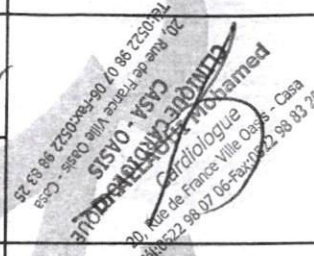
* Cocher la mention utile et à remplir

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que les codes à barres

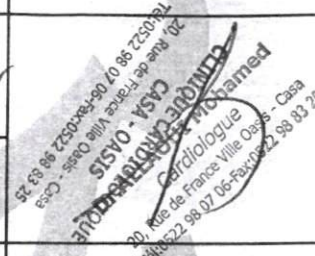
دار التأمين - ساحة دافار - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المعطية - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison des Assurés - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

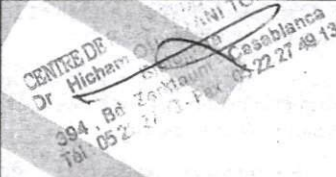
20, Rue de France Ville Dars
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25


| Description des actes effectués | | | | وصف العمليات المجرىة | |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ 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 | |
| 30/11/2021 | S | | 250,00 |  | |
| INPE et code à Barres 1211111111111111 | | | | | |
| INPE et code à Barres 1111111111111111 | | | | | |

CIM-10

| Actes Paramédicaux | | | | | عمليات المساعدين الطبيين | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical | |
| | | | | |  | |
| INPE et code à Barres 1111111111111111 | | | | | | |
| INPE et code à Barres 1111111111111111 | | | | | | |

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 | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | |
| 30.11.21 | B400 | | 400,00 |  | |
| INPE et code à Barres 1111111111111111 | | | | | |
| INPE et code à Barres 1111111111111111 | | | | | |

| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | | جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة | |
|---|-------------------------------|---|--|--|
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | | |
| 30/11/2021 | 510,00 |  | | |
| INPE et code à Barres 1211111111111111 | | | | |
| INPE et code à Barres 1111111111111111 | | | | |

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

| | | | |
|---|--|---|---|
|  | بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO |  الضمان الاجتماعي C N S S | مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF |
| | Référence structurée : 220111316847577 | Emis à Casablanca le : 04/01/2022 | Page : 1 |
| | Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 183619729 Règlement du mois : 01/2022 Mode de paiement : Virement | ZIATT AMINA JNAN CALIFORNIE IMM SAPHIR 4 ETG 3 APPT 18 AIN CHOCK CASABLANCA 2000 | |
| | Informations : معلومات : | | |

| مرجع الإشعار بالاستلام | تاريخ العلاج | العمليات | مهنو الصحة | مبلغ المصاريف | التعريف المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | مبلغ التعويض |
|-------------------------------|---------------|----------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| Référence accusé de réception | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff. | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Montant remboursé |
| ZIATT AMINA | | | | | | | | | | |
| 082071161 | 29/11/2021 | CS | MEDECIN SPECIALISTE | 300,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 77 | 115,50 |
| 082071201 | 30/11/2021 | CSC | CLINIQUE DU COEUR | 250,00 | 250,00 | 1,00 | 1,00 | 250,00 | 77 | 192,50 |
| 082071201 | 30/11/2021 | B | CASA OAS | 400,00 | 1,10 | 400,00 | 1,00 | 440,00 | 77 | 308,00 |
| 082071201 | 30/11/2021 | PH | CLINIQUE DU COEUR | 510,00 | 383,10 | 1,00 | 1,00 | 383,10 | 77 | 294,99 |
| Total remboursé pour AMINA | | | | | | | | | | 910,99 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 910,99 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو تسيان



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 30 Novembre 2021

Mme ZIATT Amina

FACTURE N° 015418/2021

| Date | Désignation | QT | Montant |
|------------|----------------------------|----|--|
| 30/11/2021 | Consultation Cardiologique | 1 | 250,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 |
| | | | 250,00 |

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Deux Cent cinquante Dirhams (250,00 dhs)

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 30 Novembre 2021.

Mme ZIATT Amina

12770 x3 Atacand 8 mg 1cp/j

2960x2 - D-Cur Fort 1amp/15 jour (2boites)

2770 - Cardioaspirine 100 mg 1cp/j (1 boite)

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
ATACAND

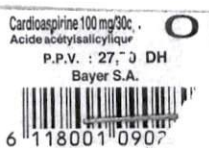
8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ p.p.v.: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ p.p.v.: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ p.p.v.: 127,70 DH
6 118001 020539



Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tél.: 05 22 98 85 17 - Casablanca

Traitement de 3 mois

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - وازيس - زنقة فرانس فيل

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

Le 30.11.2021

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie

et

Pathologie Vasculaire

de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

Mr Z. ATT AHINA

- PCR COVID

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUZZANI TOUMAMI
Biologiste
994, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 27 93 - Fax 05 22 27 49 13

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006
CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019

FACTURE N° : 21114797

Casablanca le 30-11-2021

Mme ZIATT Amina

Date de l'examen : 30-11-2021

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|----|--------------------|------|-------|
| | PCR COVID-19 (400) | B400 | B |

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI LOUHAMI
Bibi Guitte
394, Bd Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax 05 22 27 49 13



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 30-11-2021

Prélevé le : 30-11-2021 à 10:17

Edité le : 18-12-2021

Mme ZIATT Amina

Réf dossier: 21114797

Page N° : 1 / 1

Valeurs références

Antériorités

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Recherche de l'ARN du virus SARS-CoV-2 par RT-PCR

(RT-PCR en temps réel QuantStudio 5DX Thermo/gènes cibles SARS-CoV-2)

N° CIN/Passeport :

B229963

Origine du prélèvement :

Naso-Pharynx

Résultat :

Recherche négative

* Résultat à confronter aux contextes clinique et radiologique. Une recherche négative ne permet pas d'exclure la présence du virus SARS-CoV-2.

* Si mon test est positif:

Je contacte mon médecin traitant, je reste isolé et respecte les gestes barrières, je liste les personnes que j'aurais pu contaminer :
entourage familial, amical ou professionnel avec qui j'ai été en contact notamment au cours des 48 heures avant l'apparition des signes.

Dr. Ouazzani

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerkouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13
E-mail : labocbc@gmail.com - Site web : www.laboratoirecbcb.com - INP : 093001006 - Patente : 35405458 - C.N.S.S.: 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019