

# 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 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 |

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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-682398  
Complémentaire

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : Royal Air Maroc	
Matricule : 7673			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		
Nom & Prénom : BEN BIHI T. Jamil			
Date de naissance : 13/03/1946			
Adresse : B P 213 51000 El Hajeb			
Tél. : 0661316261	Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Age:	
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : El Hajeb Le : 18/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



*Rubras*

#### 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 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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشهورة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعزيز تبليغ النصيحة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغيير.

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

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

توقيع وطابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Reservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

نارخ الاستلام: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 CNSS La devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مصلحة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : *NAIM Naima (Fatou BENSIBI)*

N° Immatriculation : *1141364112117*

N° CIN :

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

Conjoint       نوج

Enfant       ابن

العنوان : *BP 215 51000 El Hajeb*

Montant des frais :

درهم \_\_\_\_\_ Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : *NAIM Naima (Fatou BENSIBI)*

Date de naissance :

N° CIN: *04 25 1948*

Sexe:  ذكر M       أنثى F

INPE et code à barres \*\*

*131227993*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation  استشارة  Maternité  أمومة  حادثة  Accident  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à :

Le : *.....*

في :

*.....*

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

أصرت بمصداقية وصحة  
البيانات المذكورة أعلاه  
بأنني أقر بها ككل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.

Fait à :

Le : *.....*

في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement 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  
التصديق بالطبقة المخصصة للعامل الصحي أو المؤسسة العلاجية  
التصديق بالطبقة المخصصة للعامل الصحي - ساحة داكار - الدار البيضاء - المغرب - الهاتف: 060 203 3333  
CNSS\_Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

Description des actes effectués

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
20.11.2021	2021	ZBADI	135	Maria ZBADI Endocrinologie Dr. Maria ZBADI Av. Hassan II Tel: 0535525266.
INPE et code à Barres				

Actes Paramédicaux

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

وصف العمليات المجرأة

CIM-10 05

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
13.11.21	B.1250		1375	مختبر المطلقات الطبية Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. HEDDOUDI Madi Khalid 6, Rue Pasteur, Marrakech Tel: 0535512531-fax: 0535514305
INPE et code à Barres			133000 693	

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/11/2021	1274,90	Pharmacie Nouvelle Mme DOUNYAMOHATTANE 42, Avenue Hassan II El Hajeb Tél. : 05 35 54 30 38 +
INPE et code à Barres INPE 132045730		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**LABORATOIRE NEJJAR D'ANALYSES MEDICALES**

**6, Rue Pasteur. Appt 3. 1er Etage (V.N). MEKNES**

**Tél: 05.35.51.25.31 - Fax: 05.35.51.43.06**

**R.C: 30996 -- CNSS: 2223262 -- PATENTE: 17109226 -- IF: 309591 -- ICE: 001648398000055**

**FACTURE: 66104/2021**

MEKNES le  
Nom et prénom  
Référence  
Docteur ZBADI RHITA

13/11/2021  
**MME NAIM NAIMA EP BENBIHI**  
**12I555**

<b>Acte de biologie demandé</b>	<b>Cotation (B)</b>
NFS. HEMOGRAMME	80
Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	100
CK/ CPK/ CREATINE KINASE	100
CHOLESTEROL TOTAL	30
LDL, CHOLESTEROL LDL	50
TRIGLYCERIDES	60
TSH ULTRASENSIBLE	250
MICROALBUMINURIE	100
CREATININE SERIQUE	30
VITAMINE D-25-HYDROXY-VITAMINE D-D2 + D3	450
Total du (B)	B 1250
Prélèvement	0,00 DH
Montant en DH	1 375,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE TROIS CENT SOIXANTE QUINZE DIRHAMS

TEL: 05.35.51.25.31 - Fax: 05.35.51.43.06  
6, Rue Pasteur - Meknes  
Dr NEJJAR Med Khalid  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
ZBADI RHITA

Cabinet d'Endocrinologie Diabétologie  
Maladies Métaboliques et Nutrition

عيادة امراض الغدد داء السكري  
وامراض الايض والتغذية

**Docteur Rhita ZBADI**

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie Maladies Métaboliques et Nutrition

Diplômée de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Ancien médecin au CHU Hassan II - Fès

Ancien médecin à l'hôpital Militaire Moulay Ismaïl de Meknès

Diplômes d'obésité et Syndrome métaboliques



الدكتورة غيثة الزبادي

اختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري

وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي بفاس

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري مولاي اسحاق بمكنا

دبلوم جامعي في أمراض المسنة

X3 Wok

EP

Naïm N. et al. 2021

Doc. Dr. Rhita ZBADI

4960x2

plus 1 amp / jour x 1 mois

2800x6

glucometer 100 test

390,00x2

x 3 galaxi 100g

99,00

128,70

La sucrine 100g

Cadex 100g

14. Résidence l'Oranger, App. N° 1, Av Hassan II MKNÈS

274 90a côté de la pharmacie nouvelle, Meknès

رقم 16 إقامة الليمون شقة رقم 1 شارع الحسن II مكناس

(جوار الصيدلية الجديدة)

Tel : +212 535 525 266

Urgences : +212 662 405 587

E-mail : cabinetdrzbadi@gmail.com

Fabriqué par : 

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Réboursable

Fabriqué par : 

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Réboursable

**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés

**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000 mg**

30 Comprimés pelliculés



**Galvus® 50 mg**

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



**Galvus® 50 mg**

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



**CADELIUS 600 mg/1000 UI**

Calcium / Cholecalciferol (Vitamine D<sub>3</sub>)

Comprimés orodispersibles, Boîte de 30

PPV : 128,70 Dhs





**Cabinet d'Endocrinologie Diabétologie  
Maladies métaboliques et Nutrition**

Docteur Rhita ZBADI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,  
Maladies métaboliques et Nutrition

**BILAN BIOLOGIQUE**

Le :

Nom / Prénom : *Nessim Nessim* Âge : ..... Sexe : F  H

**Hématologie**

- NFS
- Plaquettes
- VS
- GRP
- Hémoculture + Antibio.

**Bilan martial**

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

**Hémostase**

- Temps de prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

**Bilan glycémique**

- Glycémie à jeun
- HGPO
- Hémoglobine glyquée

**Ionogramme sanguin**

- Na<sup>+</sup>
- K<sup>+</sup>
- Cl<sup>-</sup>
- Ca<sup>++</sup>
- Phosphore
- Mg<sup>++</sup>
- Bicarbonates
- Urée
- Crétatnine
- Acide urique

**Examen des urines**

- Proteinurie des 24 h

**Fonction hépatique et enzymologie**

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatasées Acidés
- Phosphatasées Alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases GOT, GPT
- Gamma - GT
- CPK (Crétatnine Phosphokinase)
- Troponine
- électrophorèse des protéines EPP

**Sérologie et Immunologie**

- TPHA - VDRL
- Hépatite B

**Antigène Hbs**

- Anticorps Anti - Hbs
- Anticorps Anti - Hbc
- Anticorps Anti - Hbe

**Hépatite C**

- Anticorps Anti - HVC

**Sérologie Toxoplasmose**

- Laboratoire Dr NEJAR Mod. Pasteur Rhumatoïde (Latex, Rössler, Rose)**
- Sérologie Rubéole
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif

**ASLO**

- Dosage du complément
- Sérologie HIV

**Examen parasitologique des selles + Coprocultures**

Autres :

**Bilan lipidique**

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

**Groupage sanguin et AC irréguliers**

- ABO
- Rhésus
- RAI

**Fonction thyroïdienne**

- T3
- T4
- TSH

**Fonction rénale**

- Crétatnine
- Urée plasmatique

**Exploration de la prostate**

- PSA

**Enzymes musculaires**

- LDH
- CPK
- CPK - mb

**Ionogramme urinaire**

- Ca<sup>++</sup>
- Phosphore
- Na<sup>+</sup>
- K<sup>+</sup>
- Cl<sup>-</sup>
- Urée
- Crétatnine

*Dr. Nessim Nessim (date) (month)  
Dr. Nessim Nessim (signature)  
Date: 01/01/2014*

**بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 211211269696969

Emis à Casablanca le : 00000

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

NAIMA NAIM  
BP 213 EL HAJEB 51000  
EL HAJEB 5100

N° d'immatriculation : 143641217  
Règlement du mois : 12/2021  
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 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
<b>NAIMA NAIM</b>										
082096112	10/11/2021	CS	MME ZBADI RHITA	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
082096112	10/11/2021	CG	MME ZBADI RHITA	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
082096112	10/11/2021	B	BIOLOGIE	1 375,00	1,10	250,00	1,00	1 375,00	70	962,50
082096112	10/11/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	1 274,90	1 009,20	1,00	1,00	1 009,20	70	706,44
082096111	25/11/2021	CSC	MR BOUGHALEB DRISS	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70	175,00
082096111	25/11/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	657,30	441,30	1,00	1,00	441,30	70	308,91
082096114	09/12/2021	C	MR TALBI AHMED	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
082096114	09/12/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	139,90	14,60	1,00	1,00	14,60	70	10,22
<b>Total remboursé pour NAIM</b>										<b>2 324,07</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>2 324,07</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان