

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0024661

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2098 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 129040  
Nom & Prénom : NASRY ABDULKARIM  
Date de naissance : 27.03.1957  
Adresse : Im 30 APT N°6 HAY EL HANUK CASAB  
Tél. : 0611897313 Total des frais engagés : 1100,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : ADIMA NADIA (épouse) Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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) :

### Adresses Mails utiles

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





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 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

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

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 طبقا للمسطاطر 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 بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : .....
Date de dépôt du dossier: .....	Date d'arrivée: .....

 <p>الضمان الاجتماعي الجمهورية الجزائرية CNSS Le devoir de vous protéger</p>		<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 - Réf.</p>	<p>Reg. ANAM : 12.01.01</p>
<p>N° Dossier :</p>					
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>					
<p>الاسم العائلي والشخصي : Adimou Nadia</p>					
<p>رقم التسجيل : 1111111111111111</p>					
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1111111111111111</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 : Rue Hopital Espagnol imbs Etage 5 Apt 24 Tanger</p>					
<p>Montant des frais : 1100,00 Dhs</p>					
<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>					
<p>تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات</p>					
<p>الاسم العائلي والشخصي : Adimou Nadia</p>					
<p>تاريخ الميلاد : 1111111111111111</p>					
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1111111111111111</p>					
<p>الجنس : أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p>					
<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المستفيد **</p>					
<p>INPE et code à barres **</p>					
<p>مédecin traitant الطبيب المعالج</p>			<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>		
<p>نوع العلاجات *</p>					
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/></p>					
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>			<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>		
<p>Fait à : Tanger</p>			<p>Fait à : Tanger</p>		
<p>Le : 1111111111111111</p>			<p>Le : 1111111111111111</p>		
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>			<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج والمؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant et 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  
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحقة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS, Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Cas Gare Téléphone : 080 203 3333



Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
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	
04/12/22	CNS Elt		300 800		
INPE et code à Barres 11611121008					
INPE et code à Barres 11111111111					

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 11111111111						
INPE et code à Barres 11111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
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	
INPE et code à Barres 11111111111					
INPE et code à Barres 11111111111					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
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
INPE et code à Barres 11111111111		
INPE et code à Barres 11111111111		

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

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610-2-06 :
	<b>Référence structurée :</b> 220820630431856	<b>Emis à Casablanca le :</b> 29/08/2022	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille تعريف العائلة</b> ADIMOU NADIA RUE HOPITAL RSPAGNOL IMB 5 ETG 5 APP 24 TANGER 9000  N° d'immatriculation: 177019414 Règlement du mois : 08/2022 Mode de paiement : Virement		
<b>Informations :</b> <span style="float: right;"><b>معلومات :</b></span>			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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
ADIMOU NADIA										
109179176	04/08/2022	CSC	MME GHZIEL LAMIAE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	95	237,50
109179176	04/08/2022	KE	MME GHZIEL LAMIAE	800,00	650,00	1,00	1,00	650,00	95	617,50
109179173	05/07/2022	KCC	POLYCLINIQUE SPARTEL	10 000,00	8 000,00	1,00	1,00	8 000,00	95	7 600,00
109179173	05/07/2022	B	BIOLOGIE	900,00	1,10	820,00	1,00	902,00	95	855,00
109179174	02/08/2022	CS	MR ABARROU NAJIB	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
109179174	02/08/2022	B	LABORATOIRE MEDICAL IBERIA	872,00	1,10	770,00	1,00	847,00	95	804,65
109179174	02/08/2022	Z	MR BENSOUDA MOURRI AHMED	3 000,00	1 000,00	1,00	3,00	3 000,00	95	2 850,00
<b>Total remboursé pour NADIA</b>										<b>13 107,15</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>13 107,15</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 5 AU 6/7/22



Spartel

مصحبة متعددة الاختصاصات  
POLYCLINIQUE DES SPÉCIALITÉS

Tanger le : 04/8/22

Adimou Nadir

Ami Candio

Echo cœur

évaluation kin de la

FBV4

ob-

Dr. Najib ABARROU  
Médecin spécialiste  
Oncologie Médicale

URGENCES 24/24: 05 39 93 77 66

Adresse: 11 Rue Sidi Amar, Tanger - MAROC  
Tél: 05 39 93 77 66 / 06 60 26 56 40

05 39 93 77 66



**Dr GHZIEL Lamiae**

Cardiologue & Spécialiste  
en trouble respiratoire  
du sommeil

Echographie Cardiaque  
Epreuve D'effort  
Holter Tensionnel  
Holter Rythmique  
Electrocardiogramme  
Polysomnographie  
Polygraphie



**Cabinet  
Cardiologie  
& Apnée de  
Sommeil**

**د. اغزيل لمياء**

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب  
و الشرايين و اضطرابات التنفس  
المرتبطة بالنوم  
الكشف بالموجات فوق الصوتية  
تخطيط القلب عند الجهد  
ضغط الدم خلال 24 ساعة  
تسجيل تخطيط القلب  
تخطيط القلب  
دراسة تخطيط النوم  
دراسة تخطيط التنفس

**Facture N°: 1242**

Date : 04/08/2022

Bénéficiaire : Adimou Nadia  
ADIMOU NADIA

Tél:

Email:


Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 04/08/2022				
CNS	Consultation	1	200,00	200,00
EDC	Echo doppler Cardiaque	1	800,00	800,00
ECG	ECG	1	100,00	100,00
Total				1 100,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
mille cent dirham(s)

Dr. GHZIEL Lamiae  
Cardiologue & Spécialiste  
en trouble respiratoire du sommeil  
37 Rés. Kawtar R. M. GHANDI L. TANJA LT. 7 RDC N. 7 90000 TANGER  
Tél : 0539 33 45 40 / 0661 95 56 77

37 RES KAWTAR R M.GHANDI L.TANJA LT.7 RDC N.7 90000 TANGER  
TEL :0539 33 45 40 / 0661 95 56 77 Email :lamiaeghziel-3@hotmail.fr

 /Dr.GhzielLamiae

**Dr GHZIEL Lamiae**

Cardiologue & Spécialiste  
en trouble respiratoire  
du sommeil

Echographie Cardiaque  
Epreuve D'effort  
Holter Tensionnel  
Holter Rythmique  
Electrocardiogramme  
Polysomnographie  
Polygraphie



**Cabinet**  
**Cardiologie**  
& **Apnée** de  
**Sommeil**

**د. اغزييل لمياء**

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب  
و الشرايين و اضطرابات التنفس  
المرتبطة بالنوم  
الكشف بالموجات فوق الصوتية  
تخطيط القلب عند الجهد  
ضغط الدم خلال 24 ساعة  
تسجيل تخطيط القلب  
تخطيط القلب  
دراسة تخطيط النوم  
دراسة تخطيط التنفس

04/08/22

Compte Rendu

Mme Abdimou Pastie

- Patiente âgée de 61 ans; ayant comme  
PR-ux un diabète sans ADO depuis  
10 ans; sans ADO préexistante; sans  
un mes de son récent opère

- L'ex Cardio est:

\* TA = 130 / 80 mmHg

\* FC = 60 bpm

\* SpO<sub>2</sub> = 98%



37 RES KAWTAR R.M. GHANDI L.TANJA LT.7 RDC N.7 90000 TANGER  
TEL : 0539 33 45 40 / 0661 95 56 77 Email : lamiaeghziel-3@hotmail.fr



/Dr.GhzielLamiae





**Dr GHZIEL Lamiae**

Cardiologue & Spécialiste  
en trouble respiratoire  
du sommeil

Echographie Cardiaque  
Epreuve D'effort  
Holter Tensionnel  
Holter Rythmique  
Electrocardiogramme  
Polysomnographie  
Polygraphie



**د. اغزييل لمياء**

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب  
و الشرايين و اضطرابات التنفس  
المرتبطة بالنوم  
الكشف بالموجات فوق الصوتية  
تخطيط القلب عند الجهد  
ضغط الدم خلال 24 ساعة  
تسجيل تخطيط القلب  
تخطيط القلب  
دراسة تخطيط النوم  
دراسة تخطيط التنفس

Tanger le : 04/08/2022

**ADIMOU NADIA**

Valves légèrement remaniées.

VG de taille et de fonction systolique conservée FE 81 %, la contractilité est correcte sans augmentation des pressions de remplissage.

Pas de valvulopathie significative.

Cavités droites non dilatées.

Pas d'HTAP.

Péricarde sec.

VCI fine.

Dr. GHZIEL Lamiae  
Cardiologue & Spécialiste  
en Trouble Respiratoire du Sommeil  
37, Rés. Kawtar R.M.Ghandi L.Tanja LT.7 RDC N.7 90000 TANGER  
Lot 7 Rés. Kawtar R.M.Ghandi L.Tanja LT.7 RDC N.7 90000 TANGER  
Tel : 0539 33 45 40 / 0661 95 56 77



37 RES KAWTAR R.M.GHANDI L.TANJA LT.7 RDC N.7 90000 TANGER  
TEL : 0539 33 45 40 / 0661 95 56 77 Email : lamiaeghziel-3@hotmail.fr

 /Dr.GhzielLamiae



Last:  
First:  
ID:  
DOB:  
Age: ans  
Sex:

4-Aou-2022 12:57:52

Fréq. Card.: 65 BPM  
Int PR: 183 ms  
Dur.QRS: 85 ms  
QT/QTc: 366/377 ms  
Axes P-R-T: 85 29 25

Dr. GHIZEL Lamiae  
Cardiologue & Spécialiste  
en Trouble respiratoire du Sommeil  
37, Rés. Kawar R. M Ghandi L. Tanja  
Lot 7 RDC N°7 - TANGER  
Tél.: 05 39 33 45 40

