

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-680250

*Coupons*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>6509</i>	Société : <i>ROYAL AIR MAROC</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>AF:FA</i>
Nom & Prénom : <i>CHAHAD</i>		Date de naissance : <i>03.01.1957</i>	
Adresse : <i>HABIB RIZQUI</i>		Tél. : <i>0661095613</i>	
		Total des frais engagés : <i>1132,00</i> Dhs	

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
	<input type="checkbox"/> 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 : *DOUBAI*

Le : *11/08/2019*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie	N° W21-680250
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <i>6509</i>	Nom de l'adhérent(e) : <i>CHAHAD</i>
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

### **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 aux 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.

<b>توقيع و طبع الوكالة</b> <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	<b>خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Réservé à la DAMO</b>
Identification de l'agent : .....	.....

طیمات پنج اتباعہ

قديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.

جب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية  
وصفات طيبة، فواتير ...).

الطب الكندي: جلب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

جـب إـرـفـاق الـوصـفاتـ المرـسلـةـ بـالـرـمـزـ الشـريـطـيـ لـلـادـوـيـةـ  
مشـراـةـ.

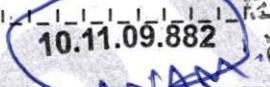
جـب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المستندوـنـ الوطنيـنـ للضـمـانـ الإـتـجـمـاعـيـ فـيـ طـرـفـ شـهـرـينـ مـنـ تـارـيخـ أـولـ مـصـلـيـةـ طـبـيةـ،ـ مـادـاـ فـيـ حـالـةـ العـلاـجـ الـمـسـتـمـرـ.ـ فـيـ هـذـهـ الـحـالـةـ،ـ جـبـ تـقـدـيمـ الـمـلـفـ فـيـ حدـودـ شـهـرـيـنـ (60ـ يـومـ)ـ مـنـ اـنـتـهـىـ الـعـلاـجـ

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
من جهة

يعتبر بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسماة.  
إنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق  
طنـ للضمان الاجتماعي .

لأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير  
قابلة للتعافي نظرًا

يحق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
في حال انتهاك حقوق المنشآت والمتاجر في إطار  
الالتزامات المنصوص عليها في هذا القانون.

 <p>التأمين الاجتماعي LUXON-ICRH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</h3> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  مرجع رقم : 610-1-03
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> تنفيذ *		<input type="checkbox"/> Entente préalable * <input type="checkbox"/> Exécution *
رقم التسجيل : _____ رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____ رقم الفحص بين المستفيد والمؤمن له (لها) : _____		
<b>N° Dossier :</b> <b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>		
Nom et prénom : <i>SRA ATRI Abdelelah</i> ..... N° Immatriculation : <i>126440610</i> ..... N° CIN : <i>A800679</i> ..... Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <i>Lot IZDITAR n°10 Sud EL Abed Temara</i> ..... Montant des frais : <i>1.437</i> ..... Dhs. Nombre de pièces jointes : _____		
<b>Déclaration du Médecin traitant</b> <b>Bénéficiaire de soins</b>		
Nom et prénom : ..... Date de naissance : ..... N° CIN : ..... Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى F		
<b>INPE et code à barres **</b> <div style="text-align: center;">  </div>		
Médecin traitant ..... الطبيب المعالج ..... Etablissement de soins ..... المؤسسة العلاجية ..... <b>Type de soins</b>		
Admission ALD * : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non N° dossier ALD : ..... Code ALD : ..... Maladie* <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation* <input type="checkbox"/> انتظام*		
<b>نوع العلاجات</b>		
قبول المرض المزمن : * رقم ملف المرض المزمن : * رمز المرض المزمن : * Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous. Je déclare que toutes les informations ci-dessus sont exactes et véritables.		
Fait à : ..... Le : ..... توقيع المؤمن له ..... Signature de l'assuré (e)		
<b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</b>		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الاحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلمات المعملية Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغفور Montant facturé	ترقيع و طابع طبيب الاشعة او الاحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 10.10.09 3921	R E F C		200,00 DA		
INPE et code à Barres 10.10.09 3921	86/09/28 B	300 + P.C = 300 DA			
INPE et code à Barres 10.10.09 3921					

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**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 : 220819367274315

Emis à Casablanca le : 00/00/00

Page : 1

**Identifiant de la famille**

**تعريف العائلة**

N° d'immatriculation : 176440610

Règlement du mois : 08/2022

Mode de paiement : Virement

SRAIRI ABDELILAH

LOT IZDIHAR N[ 10 SID EL ABED SKHIRAT  
TEMARA 1204

**Informations :**

**معلومات :**

مبلغ التعويض بالاستلام	Date de réception	Type de soins	Actes	Méthode de soins	Montant de la dépense	tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	نسبة التعويض%	مبلغ التعويض
SRAIRI ABDELILAH											
096551025	14/07/2022	CS		MME ATTAQ LATIFA	250,00	60,00	1,00	1,00	60,00	90	54,00
096551025	14/07/2022	Z		MME ATTAQ LATIFA	200,00	120,00	1,00	1,00	120,00	90	108,00
096551025	14/07/2022	B		LABORATOIRE D ANALYSES MED	300,00	1,10	300,00	1,00	330,00	85	255,00
<b>Total remboursé pour ABDELILAH</b>											<b>417,00</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>417,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

**Dr. ATTAQ LATIFA**

Spécialiste en  
pneumophysiologie  
allergologie

Adultes & Enfants



**الدكتورة لطيفة عتاق**

طبيبة متخصصة في الأمراض  
الصدرية و التنفسية  
مرض السل - مرض الربو  
ضيق و الحساسية  
للكبار و الصغار

Témara, le 14/07/2022 تمارا، في

Srairi Abdelelah

387,00

11 Foster spray poual

MB-Spl. Inos.

~~Pharmacie AL FATH~~  
~~Dr. FAKHET Nassim~~  
~~Res. Tassim 10ms Harhoura~~  
~~Tel: 05 30 30 21 20~~

~~Dr. Latifa Attag~~  
Medecin Spécialiste  
Maladies Respiratoires  
Asthme - Allergies  
Enfants et Adultes

Vignette  
FOSTER 6/100  
100/6 mcg/dose  
PPV = 387DH00

**فستار**

6/100  
ميكروغرام/جرعة



6 118001 261253

عمارة 242 شقة 3، شارع مولاي إدريس الأول المسيرة 1 ( قبلة المقطاعة الثانية و مسجد التقوى ) تمارا  
INPE : 101109882 - 06 62 26 22 17 - المحمول 05 37 60 60 52 ..  
الهاتف :

Dr. ATTAQ LATIFA

Spécialiste en  
pneumophysiologie  
allergologie

Adultes & Enfants



الدكتورة لطيفة عتاقي

طبيبة متخصصة في الأمراض  
الصدرية و التنفسية  
مرض السل - مرض الربو  
ضيق و الحساسية  
للكبار و الصغار

Témara, le 14/07/2022  
تمارة، في

Srairi Abdelkader

11 Sogzmetie au  
nose aus O2.



CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

DR ATTAC LATIFA

TEMARA LE 14 Juil 2022

FACTURE

JE Soussignée

certifié avoir réalisé à M

UNE Consultation au prix de 25000 Drh  
→ Radiographie au prix de 20000 Drh

10.11.09.882

AVENUE MOULAY DRISS | IMM 242 APP 3 MASSIRA 1

TEMARA

TEL 0537606052



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Bouchra Belefquih

ICE: 002235508000019

Morocco

FACTURE

N° de facture 2022-2602

Solde exigible

MAD300.00

Facturer à  
M. ABDELILAH SRAIRI

Date de facture : 26 juil. 2022

Mode de paiement : Chèque

#	Article	Quantité	Quantité	Cotation B	Montant DH
1	Gaz du sang	1	1.00	300.00	300.00

Total DH MAD300.00

Solde exigible MAD300.00

Total en lettres: *Trois cents*

Opération bénéficiant de l'éxonération de TVA sans bénéfice du droit à déduction, conformément à l'article 91-VI-1° du CGI

*Le résultat est conforme au spécimen de résultat de la demande.**Le résultat est conforme au spécimen de résultat de la demande.*

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

Dr ATTAQ LATIFA

[www.allergologueattaq.com](http://www.allergologueattaq.com)

Le : 14 Juil 2022

Nom et Prénom :

Maryam Abdellah

RX DE THORAX DE : face en inspiration forcée

Culs de sacs costo-diaphragmatiques et cardio-phréniques :

Silhouette cardio-vasculaire :

Volume réduit

Hiles pulmonaires :

Normal

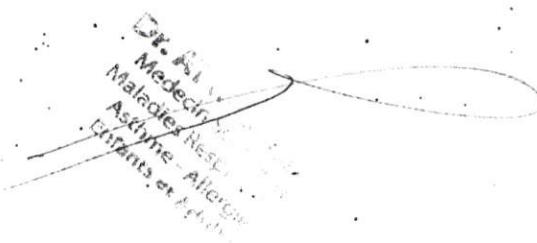
Parenchyme pulmonaire :

Normal

Coupoles diaphragmatiques :

Normal

Conclusion :





103063004

Date de création :	26/07/2022 10:06:36	Nom du patient :	M. ABDELILAH SRAIRI
Édité le :		Âge et sexe :	69 Ans/masculin
Reg. Non.	18704	Nom du médecin :	Dr. LATIFA ATTAQ
Numéro perm.	1675		

Paramètre	Résultats	Unités	valeurs normales	Antériorités
<b>BIOLOGIE CLINIQUE</b>				
<b>Gaz du sang</b>				
pH	7.38	-----	7.35 - 7.45	
pO2	97	mmHg	75 - 100	
pCO2	39	* mmHg	35 - 45	
CO2T calcule	25	mmol/L	21 - 27	
HCO3- calcule	23.9			
BE calculé	- 1	mmol/L	0 - 2	
saturation O2	97	%	94 - 97	
Remarque	Gazométrie au repos à l'air ambiant. Résultat à confronter au contexte clinique.			
Méthode d'essai	Potentiométrie			

---Fin du rapport---

Dr. BELEFQUIH Bouchra  
Médecin biologiste  
Analyses Biologique Médicale

Dr. Bouchra Belefquih  
M.D.(Path)

Laboratoire Biologique Médical  
Téléphone : 05 37 62 62 33 / 06 62 03 28 23  
Télécopieur : 05 37 62 62 34



## إفادة بالاستلام Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 27 juillet 2022      التاريخ :  
Heure : 13 h 53 WET      الساعة :

المرسل إليه : Destinataire :

SRAIRI ABDELILAH  
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT  
12040  
TEMARA



N° CNSS	176440610	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	A800679	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1137 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	المستفيد

Madame, Monsieur,

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

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة

تم معالجة المعلومات ذات الطبع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعلومات ذات الطبع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma  
www.cnss.ma/Portail/  
Ma CNSS  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للزيد من المعلومات :

لرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو الزيارة الإلكترونية للزمن لم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالهاتف الآلي على الرقم

للاستفسار، يرجى الاتصال أو الضغط على الأرقام