

## 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

N° W19-568105

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHADMI Amina

Date de naissance : 09/10/1977

Adresse : HAN FATELLA

Tél : 0661 09 56 13 Total des frais engagés : 600,00 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 : Le : 18/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-568105

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 : 2509

Nom de l'adhérent(e) : CHADMI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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.

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



## 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.

## معلومات يجب إرفاقها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، قوائم،...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

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 التعريفة 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 قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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>توقيع و طابع الوكالة</p> <p><b>Cachet et signature de l'Agence</b></p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p><b>Réserve à la DAMO</b></p>
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>تاريخ الإيداع : .....</p>	<p>تاريخ الاستلام : .....</p>

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p><b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b></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>رجع رقم 610-1-03</p>	<p>Ref : ANAM 12.02.01</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>الاسم العائلي والشخصي : <b>SRATI Abdelhak</b></p> <p>رقم التسجيل : <b>17161410610</b></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>A806679</b></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 : <b>Lot 22 Di Har N° 10 Sidi EL Aboul Temava</b></p> <p>مبلغ المصاريف : <b>6.000 Dhs.</b></p> <p>عدد الوثائق المرفقة : <b>4</b></p>			
<p>Declaracion du Médecin traitant</p>			
<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : <b>SRATI Abdelhak</b></p> <p>تاريخ الميلاد : .....</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....</p> <p>الجنس : * <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>			
<p>INPE et code à barres **</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشترك **</p>			
<p>الطبيب المعالج</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : <b>SRATI Abdelhak</b></p> <p>تاريخ الميلاد : .....</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....</p> <p>الجنس : * <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : .....</p> <p>تاريخ الميلاد : .....</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....</p> <p>الجنس : * <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>	
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>رقم ملف المرض المزمن : .....</p> <p>رمز المرض المزمن : .....</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : .....</p> <p>Le : .....</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p><b>Signature de l'assuré (e)</b></p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : .....</p> <p>Le : .....</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p><b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</b></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.

دار الموزين - ملاحه دافار - الدار البيضاء - ب.ط. 2186 - الدار البيضاء - المظنة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333





## ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

☒ AMO ☐ PV ☐ IJM-PRO ☐ AF  
☐ RC ☐ Autre : .....

N° CNSS: .....

N° DOSSIER (s) : .....

Matricule Collaborateur : .....

Date : 10/05/20

هام جدا

للإطلاع على عدد الأيام المصرح بها  
و لتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات  
المرجو الاتصال بـ 080 20 30 100  
أو زيارة بوابة المؤمن له  
عبر الموقع [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال  
080 200 7200  
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

**Dr. LYOUSSI MOUNA**

**Neurologue - Epileptologue**  
(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux  
Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



**الدكتورة اليوسى منى**

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع  
(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ - الأعصاب - النخاع الشوكي والعضلات  
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

تمارة في: ..... 14 Avril 2022

N. SRAIRI Abdelhak

Faire sup EFR. (Spermatique)

Rechercher sur SLA (Sclérose latérale  
amyotrophique).

(Qui présente un toux depuis 30jrs).

M

Dr. A. Lyoussi Mouna  
Médecin spécialiste  
Maladies respiratoires  
Asthme - Allergies  
Enfants et Adultes

Dr. LYOUSSI MOUNA  
2, rue 201, Avenue Moulay Ali Chérif  
Cité Massira I - TEMARA  
Tél: 05 37 62 96 90

عبارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - تمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	<b>Référence structurée : 220516274785782</b>	<b>Emis à Casablanca le : </b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 176440610 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement	<b>SRAIRI ABDELILAH</b> <b>LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT</b> <b>TEMARA 1204</b>	
	<b>Informations :</b>		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو 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
SRAIRI ABDELILAH										
090343308	07/04/2022	K	MEDECIN SPECIALISTE	600,00	675,00	1,00	1,00	675,00	85	510,00
<b>Total remboursé pour ABDELILAH</b>										<b>510,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>510,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

# Cabinet de Pneumologie

Dr Latifa ATTAQ

Immeuble 242 - Appartement 3 - Avenue Moulay Idriss 1 - Temar

Tél : 05 37 60 60 52

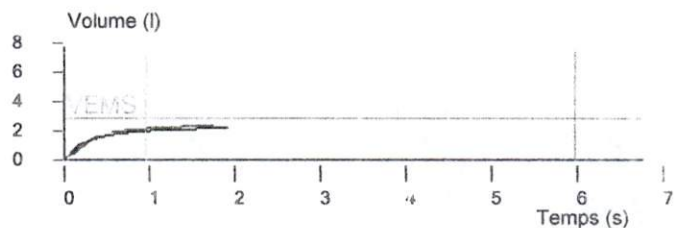
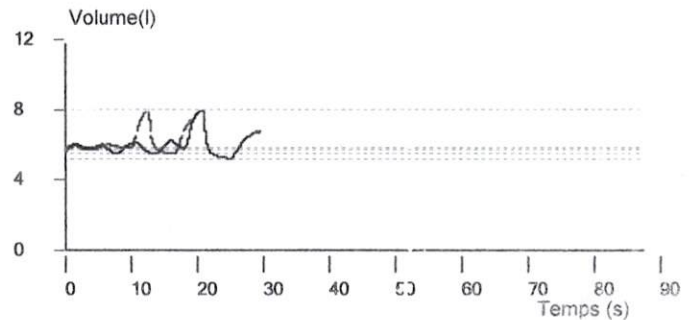
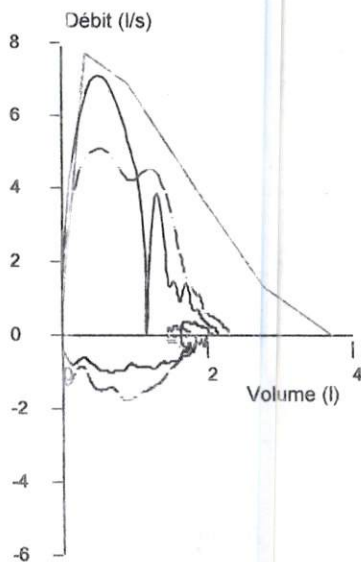
Nom : **Abdelilah Srairi**

Taille: 172 cm Age: 70 Ans Date Naissance: 26/11/1951

D: **AbdSra26111951**

Poids: 81 kg Genre: Masculin BMI: 27,4 kg/m²

Medication: Post: ventoline



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,88	2,76	71	2,00	64	-9	
CI	l	3,09	2,23	72	2,11	68	-5	
VC	l		0,32		0,23		-28	
VRE	l	1,00	0,58	57	0,25	25	-57	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,88	2,03	70	2,19	76	8	
CVFex	l	3,75	2,19	58	2,40	64	10	
VEMS/CVF	%	75	93		91		-2	
DEP	l/s	7,70	7,13	93	5,10	66	-28	
DEM25	l/s	1,33	1,11	84	1,63	123	47	
DEM50	l/s	4,00	4,23	106	4,45	111	5	
DEM75	l/s	6,89	7,12	103	5,09	74	-29	
DEM 25-75	l/s	3,03	3,05	101	3,78	125	24	
tex	s		2,0		1,8		-10	

Commentaire:

Trouble ventilation obstructif modéré non réversible

Date: 28/04/2022

Température ambiante: 23 °C

Technicien :

Temps: 13:28

Pression ambiante: 999 hPa

Humidité ambiante: 50 %

Signature de l'examinateur: *Dr. Latifa Attaq*

Dr. Latifa Attaq  
Médecin Spécialiste  
Maladies Respiratoires  
Asthme - Allergies  
Enfants et Adultes

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

DR ATTAQ LATIFA

TEMARA LE 28-Avri 2022

FACTURE

JE Soussignée

certifie avoir réalisé à M

Srouri  
Abdelilah

UNE Examen fonctionnel Respiratoire  
au prix de 600,00 Dp

10.11.09.882

Dr. Attaq Latifa  
Médecin Spécialiste  
Maladies Respiratoires  
Asthme - Allergies  
Enfants et Adultes

AVENUE MOULAY DRISS I IMM 242 APP 3 MASSIRA 1

TEMARA

TEL 0537606052