

# 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.

**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

M22- 0026693

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M. 131504

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. ELASSI Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. des E. Fassi Reis Al Rods n°19 Fés

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 4001.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complimentaire

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : REMOUA Mohamed 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 : Fait Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 اتباعها

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 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

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

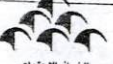
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.

N° 88041691 -

Id: 0699937613

 <p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>RAE : ANAM 120201</p>
	<p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **REHOUMI Mohamed**  
رقم التسجيل :

N° Immatriculation : **159937613**  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : **159937613**  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : **Av. Mohammed VI, AL PASSI, AL ROUSS W/ 19, 30050 FES**  
العنوان :

Montant des frais : **46004,50 Dhs.**  
مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : **04**  
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant  
تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins  
المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **REHOUMI Mohamed**  
الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **14/07/1950**  
تاريخ الزيداد :

N° CIN : **159937613**  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe \* : **M** ذكر ☒ F أنثى ☐  
الجنس :

INPE et code à barres \*\*  
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر \*\*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins  
نوع العلاجات

Admission ALD \* : **Oui** ☒ Non ☐  
قبول المرض المزمن \* :

N° dossier ALD : **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐  
رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐  
رمز المرض المزمن :

Maladie \* ☐ مرض \* ☐ Hospitalisation \* ☐ استشفاء \* ☐

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : **15/06/2022**  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le : **15/06/2022**  
Fait à : **15/06/2022**  
في : **15/06/2022**

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Signature de l'assuré(e)  
توقيع المؤمن له

\* 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.  
080 200 7200 / 080 203 3333 - 2186 - الدار البيضاء - 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

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







	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 220718791895337	Emis à Casablanca le : 13/07/2022	Page : 1
	<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة N° d'immatriculation : 159935125 Règlement du mois : 07/2022 Mode de paiement : Virement	REHOUMA MOHAMED AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL QODS NR 19 APPT 6 FES 3005	
	<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
REHOUMA MOHAMED										
088041691	24/06/2022	CS	MME ELQAZBANI ZOUBIDA	250,00	60,00	1,00	1,00	60,00	90	54,00
088041691	24/06/2022	PH	PHARMACIE AIN LAHNACHE	3 201,00	3 201,00	1,00	1,00	3 201,00	85	2 720,85
088041691	24/06/2022	B	CLINIQUE AL KAWTAR	550,00	1,10	550,00	1,00	605,00	85	467,50
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>3 242,35</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>3 242,35</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

# مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

— Hémato-cytologie - Biochimie - Serologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction —

الدكتورة زهرة بناني  
DR. BENNANI ZAHRA  
Médecin spécialiste en Biologie Médicale

### Facture

Fès, le 24/06/2022

N° facture 2022-04747

Date prélèvement : 24/06/2022

Mr REHOUMA MOHAMED

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
HBG2	HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	150	150,00
VITB12	VITB12	400	400,00
S	Prélèvement sang veineux	1	0,00
Total			550,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent cinquante dirhams\*\*\*

CLINIQUE AL KAWTAR  
Laboratoire  
AV. Md EL Fassi, Rte Imouzzar - FES  
Tél : 05 35 67 30 35 / Fax : 05 35 67 30 35  
INPE 13001859

Bennani Zahra  
Médecin Biologiste  
Laboratoire Al Kawtar  
AV. Md EL Fassi, Rte Imouzzar - FES  
Tél : 05 35 67 30 35 / Fax : 05 35 67 30 35



مصحة الكوثر  
CLINIQUE AL KAWTAR

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

شارع محمد الفاسي طريق إيموزار - فاس  
AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES  
Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoirealkawtar@gmail.com



# و. القزباني زبيرة ZBANI Zoubida

أخصائية في أمراض الغدد، السكري والت

INP 14 105 87 84

M...

houma Aoumel Fès, le 24/06/22

☒ HBA1C

☐ Glycémie à jeun

☐ Cholesterol total

☐ LDL ☐ HDL

☐ Triglycerides

☐ Ac. urique

☐ Urée ☐ Créatinine

☐ Na+ ☐ K+

☐ Calcémie ☐ Phosphorémie

☐ Calciurie 24h ☐ PTH

☐ 25OH Vit D<sub>2</sub> D<sub>3</sub>

☐ Magnésium

☐ TSH ☐ FT3 ☐ FT4

☐ TSI ☐ Ac anti TPO

☐ Ac anti thyroglobuline

☐ Thyroglobuline

☐ Transaminases

☐ Gammma GT ☐ CPK

☐ Phosphatase alcaline

☐ Microalbuminurie 24h

☐ Proteinurie 24h

☐ ECBU+ ATB

☐ NFS ☐ VS ☐ PSA

☐ CRP ☐ TP-INR

☐ Ferritine ☒ Vit. B12

☐ Prolactine

☐ Testosterone

☐ FSH ☐ LH

☐ 17 B oestradiol

☐ Cortisol 8<sup>h</sup>

EL QAZBANI Zoubida  
Spécialiste en Endocrinologie-diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Boulevard Hassan Kanoufi Bureau Talha 11° 21 -  
Etage App 12 - Fès - tel: 05 35 65 21 02

21، شارع غسان الكنفاني، رقم 12 الطابق 2. مكاتب طبية أمام حديقة للامريم - فاس

الهاتف : 05.35.65.26.02

(بالموعـد)

DR. EL-QAZBANI ZOUBIDA

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques  
Diabétologie - Nutrition



الدكتورة القزباني زبيدة

أخصائية في أمراض الغدد  
أمراض الإستقلاب  
السكري - التغذية

INP : 14105 87 84

Mr. (Mme) :

Rehama Mohammed Fès, le 24/06/22

1488

244 x 2 = 508  
Lantus Solotar

SV

26 ins - 22<sup>h</sup>  
à 3h

1713

571 x 3  
Nohvipid Floppan

SV

16 ins - 8<sup>h</sup>  
16 " - 12<sup>h</sup>  
16 " - 20<sup>h</sup>

3201-

PHARMACIE  
Amel

Sur Rendez-vous

بالهاتف  
21, Av Ghassan AL Kanafani, 2<sup>ème</sup> Etage N°12 Bureaux TAIBA (à côté Jardin Lalla Meryem) - Fès  
Tél: 05 35 55 26 02



**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00  
6 118001 081615

**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00  
6 118001 081615

8-9670-73-270-2  
**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS  
6 118001 121304

8-9670-73-270-2  
**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS  
6 118001 121304

8-9670-73-270-2  
**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS  
6 118001 121304