

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-678749

par courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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 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 إتباعها

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 التعريف 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 والأمراض 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>الضمان الاجتماعي Fonds de Sécurité Sociale CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم 610-1-02</p>
	<p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Exécution *</p>	<p>REG ANAM : 12/01/01</p>	

N° Dossier :

<p>خاص بالمؤمن له ( لها )</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>	
<p>الاسم العائلي والشخصي : <b>DURIAHLI Amina</b></p>	<p>Nom et prénom :</p>
<p>رقم التسجيل : <b>1191211315151181</b></p>	<p>N° Immatriculation :</p>
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>K1-16121541-1-1</b></p>	<p>N° CIN :</p>
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) *</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>	
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> <b>Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></b></p>	<p>Montant des frais : <b>559,00 Dhs</b></p>
<p>Adresse : <b>11 RUE BEN HAITAN - APP. 24 TANGER</b></p>	<p>العنوان :</p>
<p>عدد الوثائق المرفقة : <b>4</b></p>	<p>مبلغ المصاريف :</p>
<p>Nombre de pièces jointes :</p>	<p>تصريح الطبيب المعالج</p>

<p>المستفيد من العلاجات</p>	
<p>الاسم العائلي والشخصي : <b>DURIAHLI Amina</b></p>	
<p>تاريخ الميلاد : <b>120109111814181</b></p>	
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>K1-16121541-1-1</b></p>	
<p>الجنس : * <b>أنثى <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> M</b></p>	<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى **</p>
<p>INPE et code à barres **</p>	<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى **</p>
<p>مédecin traitant</p>	<p>Etablissement de soins</p>
<p>المستفيد من العلاجات</p>	<p>المؤسسة العلاجية</p>

<p>نوع العلاجات *</p>	
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> <b>Accident <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/></b></p>	<p>Type de soins *</p>

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : <b>TANGER</b></p> <p>Le : <b>24 AOUT 2022</b></p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <b>TANGER</b></p> <p>Le : <b>24 AOUT 2022</b></p>
<p>شاهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>	<p>أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>
<p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>	<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement 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

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p>	<p>تاريخ الاستلام : <b>11/11/2022</b></p>
<p>Date de dépôt du dossier : <b>11/11/2022</b></p>	<p>تاريخ الإيداع : <b>11/11/2022</b></p>

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء من 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

N° Dossier : **109178613**

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220921698537993	Emis à Casablanca le : 21/09/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille : 192135518 N° d'immatriculation : 192135518 Règlement du mois : 09/2022 Mode de paiement : Virement	تعريف العائلة : OURIAGHLI AMINA 11 RUE IBN HAITAM APPT 24 TANGER 9000	
	Informations :		

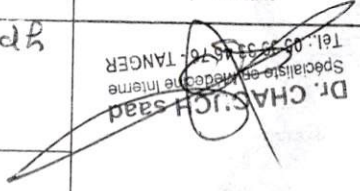
مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
OURIAGHLI AMINA										
109178613	24/08/2022	CS	MR CHAOUCH SAAD	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
109178613	24/08/2022	B	LABORATOIRE MEDI LAB	160,00	1,10	140,00	1,00	154,00	70	107,80
Total remboursé pour AMINA										212,80
Total général remboursé										212,80

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire CIP
-----------------





Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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	
24 AOUT 2022	2		30000	 Dr. CHAS. ICH SAAD Spécialiste en Médecine Interne Tél: 05 39 32 25 90 - Fax: 05 39 32 25 90 60 Av. Omar Ibn Al-Khattab - TANGER	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

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						
INPE et code à Barres						

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	
26/08/22		170	160,00	 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Med Lab Dr. Y. S. S. S. 60 Av. Omar Ibn Al-Khattab - Tanger Tel: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90 C.P.T. 100000000	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المبرونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux		
24.08.2022	99.00	 الصيدلي ليمية بياريسين Pharmacie de PARIS Mme SQU Soued PHARMACIE 8, Place de France - TANGER Tél 05 39 93 64 24		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

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

**Docteur CHAOUCH saad**

Spécialiste en médecine interne

47 av Hassan II im Miramonte

N° 20 TANGER

Tél : 05 39 33 46 75

**الدكتور الشاوش سعد**

اختصاصي في الطب الباطني

47 شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونت

الطابق الأرضي رقم 20 طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75

INPE : 161132592

20 AOUT 2022

M<sup>me</sup> Auriaghi  
Amore

Additive Vitul

99.00 1 gelule /



III 1 m



Dr. CHAOUCH saad  
Spécialiste en médecine interne  
47 av Hassan II im Miramonte  
N° 20 TANGER  
Tél 05 39 33 46 75



Multivitamines · Minéraux  
Oligo-Éléments

+ **Extrait de Ginseng**

41,0 g

Dr. **Scheffler**

30 Comprimés  
dragéifiés

Vitamines, minéraux, oligo-éléments	pour 100 g	par comprimé (1,374 g)	% AJR* par comprimé
Vitamine A	58224 µg RE	800 µg RE	100
Vitamine B1	102 mg	1,4 mg	127
Vitamine B2	116 mg	1,6 mg	114
Niacine	1310 mg NE	18,0 mg NE	113
Acide pantothénique	437 mg	6,0 mg	100
Vitamine B6	146 mg	2,0 mg	143
Acide folique	14556 µg	200 µg	100
Biotine	10917 µg	150 µg	300
Vitamine B12	72,8 µg	1,0 µg	40
Vitamine C	4367 mg	60,0 mg	75
Vitamine E	728 mg α-TE	10,0 mg α-TE	83
Calcium	11790 mg	162 mg	20
Chlorure	2649 mg	36,4 mg	5
Fer	509 mg	7,0 mg	50
Potassium	2911 mg	40,0 mg	2
Cuivre	72,8 mg	1,0 mg	100
Magnésium	3275 mg	45,0 mg	12
Phosphore	8734 mg	120 mg	17
Sélénium	3639 µg	50,0 µg	91
Zinc	728 mg	10,0 mg	100
Extrait de Ginseng	4367 mg	60,0 mg	-

\*AJR = Apport Journalier Recommandé

Indication de valeurs alimentaires	pour 100 g	par comprimé
Valeur énergétique	kJ/kcal 341/82	5/1
Protéines	0,3 g	< 0,1 g
Lipides	1,7 g	< 0,1 g
Acides gras saturés	1,6 g	< 0,1 g
Glucides	7,6 g	< 0,1 g
Sucre	0,7 g	< 0,1 g
Sel	0,1 g	< 0,1 g



Multivitamines · Minéraux  
Oligo-Éléments

+ **Extrait de Ginseng**

41,0 g

Dr. **Scheffler**

30 Comprimés  
dragéifiés



PPC: 99DH00

H 1695 ✓  
**Docteur CHAOUCH saad**

Spécialiste en médecine interne

47 av Hassan II im Miramonte

N° 20 TANGER

Tél : 05 39 33 46 75

**الدكتور الشاوش سعد**

اختصاصي في الطب الباطني

47 شارع الحسن الثاني عمارة مرامونط

الطابق الأرضي رقم 20 طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75

INPE : 161132592

23 AOUT 2022

M<sup>me</sup> Auriaghli  
Assine

→ faire S.V.P.

- cholesterol, LDL, HDL.

- glycémie

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. V. CHAOUCH  
68 Av. Omar Ibn Al-Khattab - Tanger  
Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90  
MP: 161400367

Dr. CHAOUCH saad  
Spécialiste en Médecine Interne  
47 Av Hassan II im Miramonte N° 20  
Tél: 05 39 33 46 75 - TANGER



Dossier ouvert le : 26/08/22

Edité le : 26/08/22

Prélèvement effectué à 10:30

Mme OURIAGHLI AMINA

DDN : 20/09/1948

Dossier N° : 22H1095

Docteur SAAD CHAOUCH

Code patient : 

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

			Normales	Antériorités
GLYCEMIE A JEUN .....	0,83	g/l	0,7 - 1,1	
(Colorimétrie sur KONELAB 30i) Soit .....	4,6	mmol/l	3,9 - 6,1	
CHOLESTEROL TOTAL .....	2,40 *	g/l	1,5 - 2,2	
(Colorimétrie; oxydase sur KONELAB 30i) Soit .....	6,19	mmol/l	3,87 - 5,67	
				<i>Résultat contrôlé.</i>
CHOLESTEROL HDL .....	0,76 *	g/l	0,4 - 0,65	
(direct mesure sur KONELAB 30i) Soit .....	1,96	mmol/l	1 - 1,68	
CHOLESTEROL TOTAL / HDL .....	3,16		< 5	
CHOLESTEROL LDL .....	1,37	g/l	< 1,5	
(Calculated sur KONELAB 30i) Soit .....	3,53	mmol/l	< 3,87	

#### VALEURS CONSIDEREES COMME NORMALES CHEZ UN PATIENT SANS FACTEUR DE RISQUE

CHOL. TOT.	< 2,00 g/l	(4,1 mmol/l):
LDL - CHO	< 1,60 g/l	(4,1 mmol/l)
TG	< 1,50 g/l	(1,7 mmol/l)
HDL - CHO	> 0,40 g/l	(1,0 mmol/l)

#### VALEURS SEUILS DECLENCHANT UNE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE selon AFSSAPS

LDL - CHO	> 2,20 g/l	(4,1 mmol/l):	En absence de fact. de risque.
LDL - CHO	> 1,90 g/l	(4,1 mmol/l):	Avec un facteur de risque.
LDL - CHO	> 1,60 g/l	(4,1 mmol/l):	Avec deux facteurs de risque.
LDL - CHO	> 1,30 g/l	(4,1 mmol/l):	Avec trois facteurs de risque.
LDL - CHO	> 1,00 g/l	(4,1 mmol/l):	Si haut risque CV (Antécédents CV).

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Médi-Lab  
Dr. Y. SEKKAT  
60 Av. Omar Ibn Al-Khattab - Tanger  
Tél: 05 39 32 22 90 / Fax: 05 39 32 25 90 / E-mail: medi\_lab@yahoo.fr  
INP 46241000



## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MEDI - LAB

Docteur Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

60, avenue Ibn Al Khattab - TANGER

Tanger le 26 août 2022

Mme OURIAGHLI AMINA

AMO

FACTURE N°	142494
------------	--------

### Analyses :

Glycémie (à jeûn) -----	B	30	Total : B 140
Cholestérol total -----	B	30	
Cholesterol HDL+ LDL -----	B	80	

### Prélèvements :

Sang-----	Pc	2
-----------	----	---

TOTAL DOSSIER	160,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Youssef SEKKAT  
60 Av. Oued Ibn Khattab  
Tél: 0539 322290 - Fax: 0539 322590  
N°: 1590937