

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-007461

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7724 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAHME NASSEREDDINE

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 :

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



تعلیمات یجب اتباعها

**Établir 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 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 الاثباتية 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 و الأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر 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 : _____  Date de dépôt du dossier: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع:	Date d'arrivée: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام:

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-02 Réf. 610-1-02
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : <b>GUESSOUS Hanan</b>		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : <b>1521027147</b>		رقم التسجيل :	
N° CIN : <b>1521027147</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : <b>Lot épinail rde Ali 85 Apt3 madouf extension</b>		العنوان :	
Montant des frais : <b>8324.30</b> Dhs		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : <b>GUESSOUS Hanan</b>		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : <b>1971/04/16</b>		تاريخ الميلاد :	
N° CIN : <b>1521027147</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : <b>M</b> ذكر		الجنس : <b>F</b> أنثى	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **	
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins *			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء    Maternité <input type="checkbox"/> أمومة    Accident <input type="checkbox"/> حادثة    Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : _____ Le : _____		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : _____ في : _____	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : _____ Le : _____ توقيع وطابع الطبيب المعالج / المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

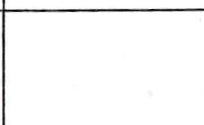
- \* Cocher la mention utile pour chaque case  
 - \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres


الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظرة - الهاتف 090 203 3333  
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casablanca Téléphone : 090 203 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	
02.01.22	(CS)		300.00		
INPE et code à Barres 0101010101010101					
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  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						

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 الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
02.01.22	(2)		200.00		
INPE et code à Barres 0101010101010101					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
02/01/2023	332,30	<b>PHARMACIE LA BRISE</b> Dr. SELASSI Narjiss 38, Rue Abou Abass El Azfi Maârif - Casa Tél: 0522 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70 ICE: 001688166000012		
INPE et code à Barres 0101010101010101				
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

CABINET DE PNEUMOLOGIE  
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL



عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية و النوم والشخير

*Dr Zineb Berrada*

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies du Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France  
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



الدكتورة زينب بركة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي

وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالبتربار و بمستشفى 20 عشت بالبيضاء

Casablanca le : .....

02/01/2023

### MME GUESSOUS HANAA

- NFS- Plaquettes
- Marqueurs d'inflammation
  - CRP
- Bilan martial
  - Ferritine
- Bilan hépatique
  - ASAT
  - ALAT
- Bilan glycémique
  - Glycémie à jeun
  - Hb A1c (Hémoglobine glyquée)
- Bilan de la fonction rénale
  - Créatinine sanguine
  - Urée sanguine
- Bilan lipidique (prélèvement à jeun)
  - Cholestérol (LDL, HDL, total)
  - Triglycérides
- Acide urique
- Dosage de la vitamine D
- Bilan thyroïdien
  - TSHus

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف ، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumoloaiesommeil@gmail.com

CABINET DE PNEUMOLOGIE  
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

*Dr Zineb Berrada*

**Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des troubles du sommeil**

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France  
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية و النوم والشخير

الدكتورة زينب بريدة

أخصائية امراض الجهاز التنفسي

وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس ينبي ساليربار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 02/01/2023

**MME GUESSOUS HANAA**

**Radiographie du thorax : Face**

**Syndrome bronchique**

**Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou  
séquellaire**

**Silhouette cardio-vasculaire est normale**

**Culs-de-sac pleuraux sont libres**

**Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.**

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com



CABINET DE PNEUMOLOGIE  
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL



*Dr Zineb Berrada*

**Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des troubles du sommeil**

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DII d'Immunologie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Graphie thoracique, Association G-echo, Paris France  
à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
pôut- CHU Ibnou Rochd Casablanca

عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية و النوم والشخير

الدكتورة زينب بمرادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي  
وأعراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو  
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات  
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بيني سالينريار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : .....02/0

**UESSOUS HANAA**

**Loreus 5 mg - comprimé pelliculé**  
1 Comprimé, soir pendant 1 mois

**50 µg / dose - suspension pour inhalation nasale**  
Inhalations dans chaque narine matin pendant 1 mois

**500 mg - comprimé pelliculé à libération modifiée**  
1 comprimé matin après les repas, pendant 7 jours

**500 mg - comprimé pelliculé à libération modifiée**  
1 comprimé matin après les repas, pendant 7 jours

**1 sachet**  
1 sachet, matin, midi, soir, pendant 5 jours

**1000 mg - comprimé effervescent**  
Comprimé, matin et à 16h pendant 10 jours

**1 g - comprimé**  
comprimé matin et soir pendant 48h puis à la demande et/ou maux de tête

**PHARMACIE LA BRISE**

Dr. SELASSI Narjiss

38, Rue Abou Abass El Azfi Maarif, Casablanca

Tél: 0622 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70

CE: 001688166000Q12

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maarif, Casablanca

وب المنصور، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tel : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

**Rhumix**  
Boite de 10 sachets  
P.P.V.: 22,00 DH



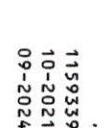
**Exolac**  
30 sachets  
P.P.V.: 24,00 DH



**500 mg - comprimé effervescent**  
Boite de 5 COMPEL  
P.P.V.: 18,30 DH



**159339**  
10-2021  
09-2024



T=332,30