

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



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

## Déclaration de Maladie

M23-006220

56360

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUAHRI AFIFA / DRissi KATOUNI

Date de naissance : 02/11/61

Adresse : 58, RUE TERMINI MAARIF CASA

Tél. : 0664 003012 Total des frais engagés : 2800,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2023

Nom et prénom du malade : JOUAHRI AFIFA 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 : Casa Le : 06/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



تعليمات يجب اتباعها

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.

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 إرساق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية  
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عناية طبية ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة ، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

تسيتم: تبويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرحلية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة  
المستدقة.

لأئحة 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 التسييض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره •

توقيع ومطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	Date d'arrivée:    _ _ / _ _ / _ _ تاريخ الاستلام:    _ _ / _ _ / _ _
Date de dépôt du dossier:    _ _ / _ _ / _ _ تاريخ الإيداع:    _ _ / _ _ / _ _	

 الشعار الوطني MAROC - ALGERIE C.N.S.S. La 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
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
الاسم العائلي والشخصي : <b>JOUAHRI AFIFA</b>		
رقم التسجيل : <b>1111688233</b>		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1111688233</b>		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
العنوان : <b>52, RUE TERMINI MAARIF CAS</b>		
مبلغ المصاريف : <b>2800,00</b> Dhs		
عدد الوثائق المرفقة :		
تصريح الطبيب المعالج		
Déclaration du médecin traitant		
المستفيد من العلاجات		
الاسم العائلي والشخصي : <b>JOUAHRI AFIFA</b>		
تاريخ الميلاد : <b>11/11/1960</b>		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1111688233</b>		
الجنس : <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المصنّف **		
<b>09AM7671</b>		
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
نوع العلاجات		
Type de soins		
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء      Maternité <input type="checkbox"/> أمومة      Accident <input type="checkbox"/> حادث      Maladie <input type="checkbox"/> مرض		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>09/08/2023</b> Le : <b>09/08/2023</b>		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الطبيب المختص Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

- Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels des soins) ainsi que le code à barres

الضموق الوطني للضممان الاجتماعي - ساحة دكاير - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظ - الهاتف: 080 203 3333  
CNS5 - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Case Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
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	
09/02/2023		Von facture	1000	Dr. N. RADHI Chirurgien 27 rue Jean Jaurès - Casablanca Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000 INPE: 090002379	
INPE et code à Barres 091114641					
09/02/2023		Von facture	1800	Dr. BOUBADDINE Spécialiste en Gastroentérologie Polyclinique ATLAS 27 Rue Jean Jaurès - Casablanca Tél: 05 22 27 94 94 - Fax: 05 22 27 90 00	
INPE et code à Barres 091210932					

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		
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 الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الأسمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _				

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



 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم	
	<b>Relevé périodique des prestations AMO</b>			
Emis à : CASABLANCA Le : 09/03/2023		أصدر ب : بتاريخ :		الصفحة Page 1 / 1
N° d'immatriculation 111688233 Règlements de la période du : 07/03/2023 : من au : 07/03/2023 : إلى		Destinataire المرسل إليه JOUAHRI AFIFA		

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
JOUAHRI AFIFA											
94419962	09/02/2023	J417	Clinique Privée	1000,00	1000,00	1.00	1,00	1000,00	70,00	07/03/2023	700,00
94419962	09/02/2023	J304	Clinique Privée	1800,00	1000,00	1.00	1,00	1000,00	70,00	07/03/2023	700,00
<b>Total remboursé</b>											<b>1400,00</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>1400,00</b>

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

**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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
 « Ma CNSS »  
 080 20 30 100  
 080 203 3333 / 080 200 7200

**للمزيد من المعلومات:**

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
 أو تطبيق الهاتف  
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

## F A C T U R E

N° : 641 / 2023 du 10/02/2023

Nom patient **JOUAHRI AFIFA**  
**PAYANT**

Entrée 09/02/2023  
 Sortie 10/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OLANGIO	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

été la présente facture à la somme de :

LE DIRHAMS

**Total 1 000,00**

Payé par :  
 TPE

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
 FACTURATION  
 27 rue Jean Jaurès D. Gauthier - 20060  
 Casablanca  
 Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000  
 INPE: 090002379

## FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

**JOUAHRI Afifa**

Casablanca le, 09/02/2023

Opérateur : Dr Boubaddi  
Examen demandé par : Ddr R Adhi  
Appareil : Olumpus Cv 180  
Anesthésie : Dr Idrissi  
Lieu : Clinique Atlas

### Clinique

gastralgies

### Examen

Introduction sous contrôle de la vue :

Oesophage : Muqueuse d'aspect normal , cardia muqueux en place .

Estomac : Muqueuse d'aspect normal en vision directe comme en rétrovision . Biopsies antrales .

Pylore franchi : Bulbe D2 muqueuse d'aspect normal . papille d'aspect normal .

### Conclusion

Examen jugé normal . Biopsies antérieures

**Dr. BOUBADDI**  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Polyclinique ATLAS  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 05 22 27 90 00 - Fax : 05 22 27 90 00



**F A C T U R E**

N° 642 / 2023 du 10/02/2023

Nom patient	JOUAHRI AFIFA	Entrée	Sortie
		09/02/2023	10/02/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
FIBROSCOPIE F/SALLE	1,00	K	514,43	514,43
			Sous-Total	514,43
PHARMACIE	1,00		385,57	385,57
			Sous-Total	385,57
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>900,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	1,00		200,00	200,00
DR. BOUBADDI N. (ganstro enterologue)	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	900,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>900,00</b>

	<b>Total général 1 800,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE HUIT CENTS DIRHAMS	

Notre compte bancaire : BCP OMAMC M.B. NOUSSAIR 1907802121150056420006 16

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	1 800,00	1 800,00	0,00

Ref Chq : 8562/SG/

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
 FACTURATION  
 27 rue Jean Jaurès, quartier Gauthier 20160  
 Casablanca  
 Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000  
 INPE: 090002379

## CHOLONGIOGRAPHIE PER OPERATOIRE

❖ NOM : Mme JOUAHRI  
❖ PRENOM : AFIFA  
❖ AGE : Née en 1960  
❖ CHIRURGIEN : Dr. RADHI N  
❖ MEDECIN ANESTHESISTE : Dr. AIT BAHOU  
❖ DATE : 09/02/2023  
❖ CLINIQUE : ATLAS

### Résultat :

- ✓ Cholangiographie par le drain de KHER.
- ✓ Bon passage duodénal.
- ✓ Pas d'obstacle cholédocien.

### Conclusion :

- ✓ Cholangiographie per opératoire normal.

DR RADHI N  
الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
جراح  
Clinique Atlas-Casa



Le : 10/02/2023

Références

642 / PAYANT

Entrée / Sortie : 09/02/2023 - 10/02/2023

Le Dr. ANESTHESISTE REANIMATEUR

présente à Mme JOUAHRI AFIFA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

Dr. MAJED EL BENNY  
ANESTHESISTE  
REANIMATEUR  
Gsm : 0663 65 97 79

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
FACTURATION  
27 rue Jean Jaurès Q. Gauthier 20060  
Casablanca  
Tel: +212 522 27 94 94 - Fax: +212 522 279 000  
INPE: 090002379

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

Le : 10/02/2023

Références

642 / PAYANT

Entrée / Sortie : 09/02/2023 - 10/02/2023

Le Dr. BOUBADDI N.

présente à Mme JOUAHRI AFIFA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
700,00 Dhs SEPT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

Dr. BOUBADDI Nouredine  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Polyclinique ATLAS  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tel: 05 22 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
FACTURATION  
27 rue Jean Jaurès Q. Gauthier 20060  
Casablanca  
Tel: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000  
INPE: 090002379

Cachet et signature

Le 09/02/2023

Mme JOUAREI Afifa

Cholam fio graphie  
per opérateur

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
جراح  
Clinique Atlas-Casa



Nom patient <b>JOUAHRI AFIFA</b>	N° Facture : <b>642</b>	<b>H540223-2</b>
----------------------------------	-------------------------	------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LIDOCAINE GEL (01)	1	20,10	20,10
LIDOCAINE 2% INJ (01)	1	10,30	10,30
PROPOFOL-LIPURE 1%	1	35,17	35,17
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>65,57</b>
CD (012)	1	50,00	50,00
COMPRESSES PATIENT (001)	6	2,50	15,00
GANT JETABLE	6	5,00	30,00
LUNETTE A O2 (001)	1	20,00	20,00
OXYGENE PAR MN (001)	10	5,00	50,00
PINCE A BIOPSIE JETBLE (001)	1	150,00	150,00
SERINGUE 10 CC (001)	1	5,00	5,00
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>320,00</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>385,57</b>

(\*) Conditionnement hospitalier

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
 FACTURATION  
 27 rue Jean Jaurès Q. Gauthier 20080  
 Casablanca  
 Tel: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000  
 INPE: 050002379

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 09/02/2023 Heure 10:02

Nom et Prénom du patient Mme JOUAHRI AFIFA

Age ou Date Naissance 64 - 01/01/1960

N° Cin du patient ou du tuteur B417638

Adresse 52 RUE ATTERMIDI RES RIAD ESC B 21 APT 5 MAARIF CASA

Téléphone 06 64 00 30 12

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant RADHI NOUREDDINE

Motif d'hospitalisation VESICULE BILIAIRE

Affiliation à une couverture maladie OUI

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

1  
1,00

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
FACTURATION  
27 rue Jean Jaurès - Gauthier 2  
Casablanca  
Tel: +212 522 279 484 - Fax: +212 522 279 000  
INPE: 090002379

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - A.M.O / C.N

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 10/02/2023

Heure 09:07

Durée d'hospitalisation (jours)

1

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*