

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

mutuelle complémentaire
Déclaration de Maladie

M22- 0047111

168025

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AB46 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHATOUANI MED EL MAHROUD

Date de naissance : 07-10-1954

Adresse : cité ANDALOUSSIA INR 83 API 8 B.D ANDALOU

CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOHTRY FATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

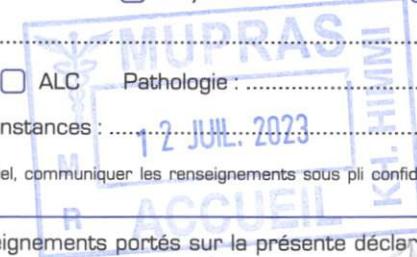
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 0 Agt Le : 12.07.2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] 20.23



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 وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

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 المصرفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة.

لأنحة 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ماسبقة ذكره.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الاستلام : Date d'arrivée :

تاريخ الإيداع : Date de dépôt du dossier :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

موجع رقم 610-1-02

Réf ANAM : 1.2.01.01

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تفقدي *
Exécution *

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : ZOHRY JATIMA
رقم التسجيل :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse :

العنوان : Cité ANDALOUSIA INN 83 AP 8 BD ANOURI CASA

Montant des frais :

مبلغ المصروف : 682,90 درهم

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة : 4

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

INPE et code à Barres**

091028506

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation إستشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
المعلومات المذكورة أعلاه
أصل بمصداقية وصحة
المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : CASABLANCA

Le : 14/01/2014

في : 14/01/2014

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

Le : 15/01/2014

في : 15/01/2014

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

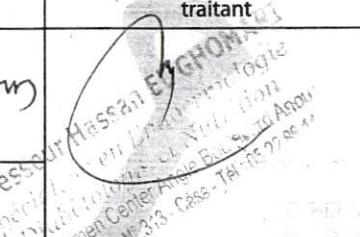
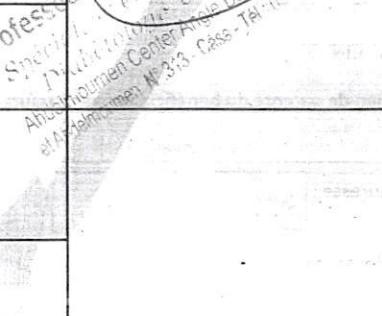
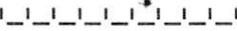
Professeur Hassan EL GOURI
en Endocrinologie

Souscrit le 15/01/2014

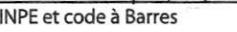
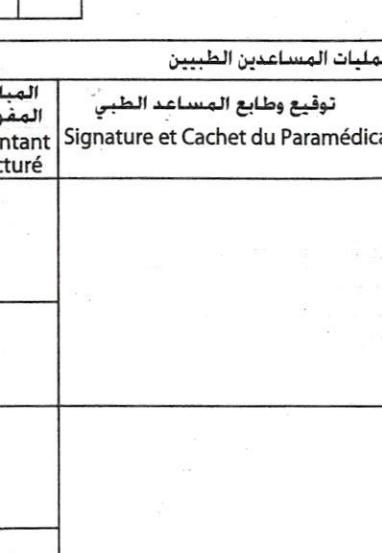
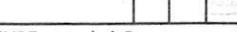
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casabla Gare Téléphone : 080 203 3333

* أشطب الخانة المناسبة
-** 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 داكار - الدار البيضاء ض- ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

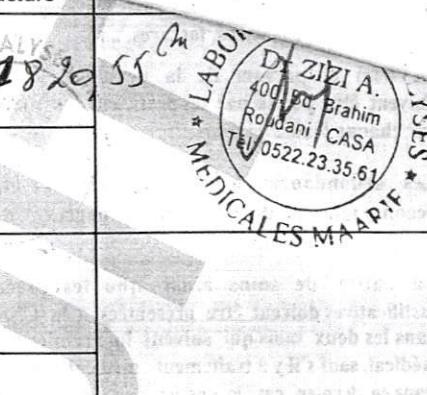
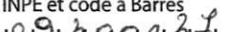
500320

| وصف العمليات المجرأة | | | | |
|---|--------------------------------|--|----------------------------------|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | المبلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant |
| ١٥ / ٥ / ٢٣ | ٤ | | ٣٠٠ در |  |
| INPE et code à Barres  | | | | |
|  | | | | |
| INPE et code à Barres  | | | | |

CIM - 10

| 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 المفوت 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, Radiolog | | | | |
|--|--------------------------------|---|-----------------|---|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM | Montant facturé | العمليات Les opérations |
| ١٥ / ٥ / ٢٣ | | BN 6301 | ٦٨٢٠ |  |
| INPE et code à Barres  | | | | |
| | | | | |
| INPE et code à Barres  | | | | |

| جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممهونة | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | | | |
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية | |
| ١٥ / ٥ / ٢٣ | ٣٨٢,٩٥ |  | |
| INPE et code à Barres  | | | |
| | | | |
| INPE et code à Barres  | | | |

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |



**البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري**

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مرجع رقم :

صفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

| | | |
|--------------------------|-----------|---------------|
| N° d'immatriculation | 192159815 | رقم التسجيل |
| Règlements de la période | | أداءات الفترة |
| du : 12/06/2023 | : من | |
| au : 12/06/2023 | : إلى | |

Destinataire

ZOHRY FATIMA

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصارييف | التعريفة المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ ارسال الأداء | مبلغ التعويض |
|--------------------------------|---------------|----------|---|-----------------------|--------------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| Numéro 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 |
| ZOHRY FATIMA | | | | | | | | | | | |
| 114336849 | 15/05/2023 | B | LABORATOIRES D ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES | 1820,55 | 1793,00 | 1630,00 | 1,00 | 1793,00 | 70,00 | 12/06/2023 | 1255,10 |
| 114336849 | 15/05/2023 | PH | | 382,00 | 0,00 | 1,00 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 12/06/2023 | 194,04 |
| 114336849 | 15/05/2023 | CS | | 300,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 70,00 | 12/06/2023 | 105,00 |
| Total remboursé | | | | | | | | | | | |
| MONTANT TOTAL | | | | | | | | | | | |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | | |
| 1554,14 | | | | | | | | | | | |

- 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
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 بمسجل الآتني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التفصية والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

15.05.23

الدار البيضاء، المغرب

MME ZOHRY FATIMA

Analyses :

Glycémie à jeun

TSH ultra sensible

NFS

Ferritinémie

T3 C
T4 C
Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel : 05 22 86 14 11
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel : 05 22 86 14 12
Cholestérol total
Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel : 05 22 86 14 11
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel : 05 22 86 14 12



Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tel : 05 22 86 14 11

5003827

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري
أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية و النمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : **15/05/83**

الدار البيضاء في

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.R.: 01/22E008
LOT: 01/22E008
P.P.V: 41DH80

6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.R.: 01/22E008
LOT: 01/22E008
P.P.V: 41DH80

6 118000 010227

Mme ZOHRY Fatima

UVEDOSE 100 000

1 amp / mois pendant 3 MOIS

AVLOCARDYL

1/2 - 1/2 - 1/2 , pendant 4 MOIS

MANIEZ 24

1 gel matin 1

ALORA 5 MG

0-0-1 pendant 2 MOIS

ALORA 5 mg
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique

6 118000 410096

ALORA 5 mg
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique

6 118000 410096

MOIS
PHARMACIE ASKIA
Dr. MSA Lamia
Résidence Andalousie E 74
N° 4, Cte Plateau Casablanca
Tel. 05 22 22 93 20
Fax. 05 22 22 93 54
I.C.E. 092 02500000074
INPE: 092086933 - F: 40296141

Maphar
Bd Alkilia N° 6, QL,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH

Maphar
Bd Alkilia N° 6, QL,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH

6 118001 185030

6 118001 185030

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Maphar
Bd Alkilia N° 6, QL,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH

6 118001 185030

Professeur Hassan
Spécialiste en Endocrinologie
et Diabétologie
Abdelmoumen Center

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MA'ARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
 Pharmacien Biologiste
 Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 15-05-2023

Mme ZOHRY Fatima

FACTURE N° A230500322

Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|--------------------------------|------------|--------------|
| E1125 | Traitement échantillon sanguin | E11.25 | E |
| 0106 | Cholestérol total | B30 | B |
| 0110 | Cholestérol HDL+ L D L | B80 | B |
| 0118 | Glycémie | B30 | B |
| 0134 | Triglycérides | B60 | B |
| 0154 | Ferritine | B250 | B |
| 0159 | T3 | B200 | B |
| 0160 | T4 | B200 | B |
| 0163 | TSH | B250 | B |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| 0439 | Vitamine D | B450 | B |

Total des B : 1630

TOTAL DOSSIER : 1820.55 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 mille huit cent vingt dirhams cinquante-cinq centimes

