

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.

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

Déclaration de Maladie
M22- 0047111

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHATOUBI MED EL MAHROUD

Date de naissance : 07-10-1954

Adresse : CITE ANDALOUSSIA IMR 83 APT 8 BO ANOUAG
CASA BLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : ZOHRY FATIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

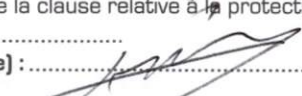
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 JUL. 2023

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 : 12 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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

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 الإسم 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 وكل 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 :	تاريخ الاستلام : تاريخ الإيداع :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة Entente préalable</p> <p>تنفيذ Exécution</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رجوع رقم 610-1-02</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>Nom et prénom : <u>ZOHRY FATIMA</u> الإسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>N° Immatriculation : <u>192159815</u> رقم التسجيل :</p>		
<p>N° CIN : <u>B12662610</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)</p>		
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : <u>Cité ANDALOUSIA INN 83 AP18 BD ANOUA-L-CASA</u> العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : <u>682,90</u> Dhs. مبلغ المصاريف :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : <u>4</u> عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : <u>ZOHRY FATIMA</u> الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : <u>18/02/1954</u> تاريخ الميلاد :</p>		
<p>N° CIN : <u>B12662610</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe : <input type="checkbox"/> M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى الجنس :</p>		
<p>INPE et code à Barres** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**</p>		
<p>091028506</p>		<p>.....</p>
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>
<p>Type de soins* نوع العلاجات</p>		
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <u>CASA BLANCA</u> ب : Le : <u>15/02/2015</u> في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>15/02/2015</u> ب : في : <u>15/02/2015</u> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
<p>Professeur Hassan EL GHORAB Spécialiste en Endocrinologie</p>		
<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 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء ض - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333</p>		

traitant

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 							

LABORATOIRES MEDICALES MAARIF

PHARMACIE
Dr. MSIK Lamia
Résidence Abdelouss E 74
N° 4, Cité Pleasure - Casablanca
Tél : 05 22 25 93 20
Fax : 05 22 99 15 84
I.C.E : 900702500000074
INPE : 092066353 - IF : 40296141

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 12/06/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

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

المرسلة إليه Destinataire

ZOHRY FATIMA

Veillez 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	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZOHRY FATIMA											
114336849	15/05/2023	B	LABORATOIRES D	1820,55	1793,00	1630,00	1,00	1793,00	70,00	12/06/2023	1255,10
114336849	15/05/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D	382,00	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	12/06/2023	194,04
114336849	15/05/2023	CS	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	12/06/2023	105,00
Total remboursé											1554,14
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 بالمجيب الآلي 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

التغذية والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le :

15.05.23

الدار البيضاء، في :

MME ZOHRY FATIMA

Analyses :

Glycémie à jeun

TSH ultra sensible

NFS

Ferritinémie

Handwritten notes and stamps:
T3
T4
Cholestérol
Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14



Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14

5003NN

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 37 44 / 05 22 86 14 14 - 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 و الصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le : 15/05/23 : الدار البيضاء في

Mme ZOHRY Fatima

LIVEDOSE 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



ALORA 5 mg
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique



Total: 382,90

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



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



مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



LOT : 22E008
PER : 08 2025

PHARMACIE ASKIA
Dr. MSIA Lamia
Résidence Andalous E74
N° 4, Cité Plateau Casablanca
Tél : 05 22 86 14 14
Fax : 05 22 86 15 54
ICE : 0016637500000074
INPE : 092086933 - IF : 40296141

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



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

CN	Analyse	Val	Clefs
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

