

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.



Declaration de Maladie

N° W21-811169

168712

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 1497 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIRDASSI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 544

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

compte mutuel

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

REHOUNA Nes

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 18/07/2023

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.

Instructions à suivre

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 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.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية للمهنية.


يريض بعض الخدمات وظل رهنا بطلب المرافقة المهنية.
خدمة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الاعطيات الخاصة 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 بصدرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام : تاريخ الإيداع :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref. ANAM : 1.2.01.01
	مرافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : REHOUA		الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 141925125		رقم التسجيل :
N° CIN : 141376833		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 : 4 Avenue Mohammed AL Fassi 1319 Résidence AL QODS 30050 FES		العنوان :
Montant des frais : 790 Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 01		عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins :		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : REHOUA		الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 14102711925		تاريخ الميلاد :
N° CIN : 141376833		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M ذكر F أنثى		الجنس :
INPE et code à Barres		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins * نوع العلاجات *	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء 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-dessus. Fait à : FES Le : 14102711925 توقيع المؤمن له Signature de l'Assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : FES Le : 14102711925 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	---

* Cocher la mention utile pour chaque case
* أظبط الخانة المناسبة

* 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 ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

CIM - 10			
----------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

<p>جدد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمويل الممول</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

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 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 09/06/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 159935125 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 31/03/2023 : إلى : 31/03/2023 :
أداءات الفترة

المستفيد إليه
Destinataire
REHOUMA MOHAMED

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	التعريفية 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
REHOUMA MOHAMED											
117693099	23/01/2023	ECHO	Clinique Privée	500,00	200,00	1.00	2,00	400,00	85,00	31/03/2023	340,00
117693099	23/01/2023	CS	NEPHROLOGIE	200,00	150,00	1.00	1,00	150,00	85,00	31/03/2023	127,50
117693099	23/01/2023	B	Clinique Privée	90,00	90,00	81.82	1,00	90,00	85,00	31/03/2023	76,50
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											544,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											544,00

- 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



CENTRE DE DIALYSE ATLAS

Docteur Mohamed HAMMOU

SPECIALISTE EN NEPHROLOGIE



Fès, le

17/09/07

Rehman Moham

f. Svr

Echographie Rénale

et

Véhicule

Dr. M. LEMHADRI
--- RADIOLOGUE ---
Clinique Al Kawtar - FES
Tél : 05 35 61 18 81/06 63 02 80 24

Re : I N

[Signature]



CLINIQUE AL KAWTAR

Toutes SPÉCIALITÉS


CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

Facture N° 1801/2023

Nom & Prénom : REHOUMA MOHAMED

Date d'examen : 01/02/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE	
500 DH	

500 DH	
	
Montant TOTAL	500 DH
REGLEMENT : TPE	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

Clinique Al kawtar Av.
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzet Fès
Tél : 035 61 19 00 – Fax : 035 61 19 01 – GSM : 061 13 47 03 – E-mail :
CNSS : 7485627 - PATENTE : 13013206 - IF : 04503162- ICE :001637627000066 INP :140006610
cliniquealkawtar@menara.ma
URGENCE 24/24
05 35 61 19 00



Dr. Mustapha LEMHADRI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de Nancy-France

مركز الفحص بالأشعة مولاي إدريس
CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS

IRM 1.5T . Scanner Multibarettes . Echographie 4D-doppler Couleur
Mammographie Numérisée . Radiographie Numérisée . Panoramique dentaire

FES, le 01/02/2023

Patient: REHOUMA MOHAMED
Medecin traitant : DR HAMMOU

ECHOGRAPHIE RÉNALE ET VESICO PROSTATIQUE

Cher Confrère,

Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en m'envoyant
Mr. REHOUMA MOHAMED pour un(e) ECHOGRAPHIE RÉNALE ET VESICO
PROSTATIQUE. Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu.

Compte Rendu :

- Le rein gauche est de taille normale, il mesure 11,79x5,31 cm, ses contours sont réguliers et présente une mauvaise différenciation corticosinusale. Ce rein est le siège de deux kystes corticaux sérreux simples mesurant 20 et 22 mm de diamètre.
- Le rein droit est de taille normale, il mesure 97x41 mm, ses contours sont réguliers et présente une mauvaise différenciation corticosinusale.
- Il n'y a pas de lithiase rénale.
- Les cavités pyélocalicielles des deux reins ne sont pas dilatées.
- La vessie est de paroi régulière, de contenu liquidien homogène.
- La prostate est de morphologie normale, ses contours sont réguliers et son échostructure est homogène, son volume est estimé à 25 ml.
- Il n'y a pas de résidu post mictionnel.

Conclusion :

- Reins de taille normale, de mauvaise différenciation corticosinusale.

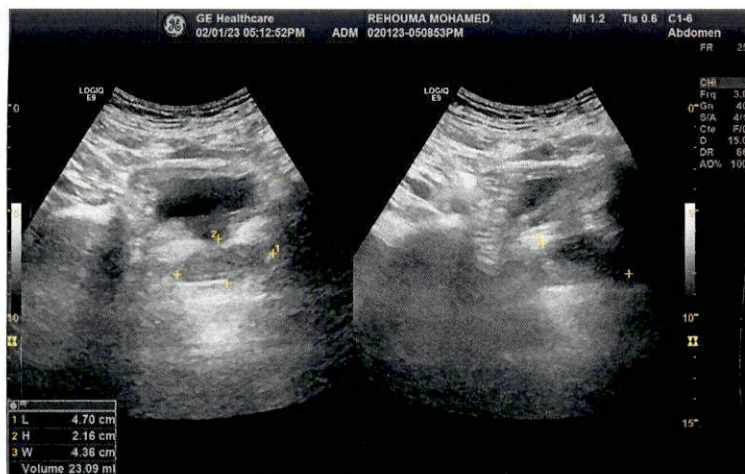
Confraternellement :

Dr. M. LEMHADRI
— RADIOLOGIE —
Clinique Al Kawtar - FES
Tél : 05 35 61 18 80 / 05 35 61 18 81

Centre de Radiologie Moulay Idriss



Clinique Al Kawtar: Av. Md El Fassi, Rte Immouzer - FES
Tél.: 05 35 61 18 80 - Fax: 05 35 61 18 81





CENTRE DE DIALYSE ATLAS

Docteur Mohamed HAMMOU

SPECIALISTE EN NEPHROLOGIE



Fès, le 01/02/2023

REHOUMA Mohamed

Faire SVP

- urée, créatinine, acide
urique

[Signature]

[Circular stamp with Arabic text: "مركز غسيل الكلى" (Dialysis Center), "فاس" (Fes), "05 35 64 48 70" (Phone), "06 61 24 57 73" (GSM), "05 35 64 48 77" (Fax)]



مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

— Hématologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Hépatologie - Néphrologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction —

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Médecin spécialiste en Biologie Médicale

Facture

Fès, le 01/02/2023

N° facture 2023-00975

Date prélèvement : 01/02/2023

Mr REHOUMA MOHAMED

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
CREA	CREATININE	30	30,00
UREE	UREE	30	30,00
AU	ACIDE URIQUE	30	30,00
S	Prélèvement sang veineux	1	0,00
		Total	90,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre-vingt-dix dirhams***

[Signature]



مختبر الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - فاس

Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoirealkawtar@gmail.com



مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

Hémo-cytologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Médecin spécialiste en Biologie Médicale



Edité à Fès le 01/02/2023

COMPTE RENDU

Prélèvement effectué au laboratoire

Dossier N° 010223-005

Mr REHOUMA MOHAMED

Date de naissance 07/14/1950

Date de prélèvement 01/02/2023 8:54

Patient EXTERNE

Prescrit par dr hamou mohammed

Page : 1 / 1

BIOCHIMIE SANGUINE

ARCHITECT PLUS Ci 4100

Créatinine sérique

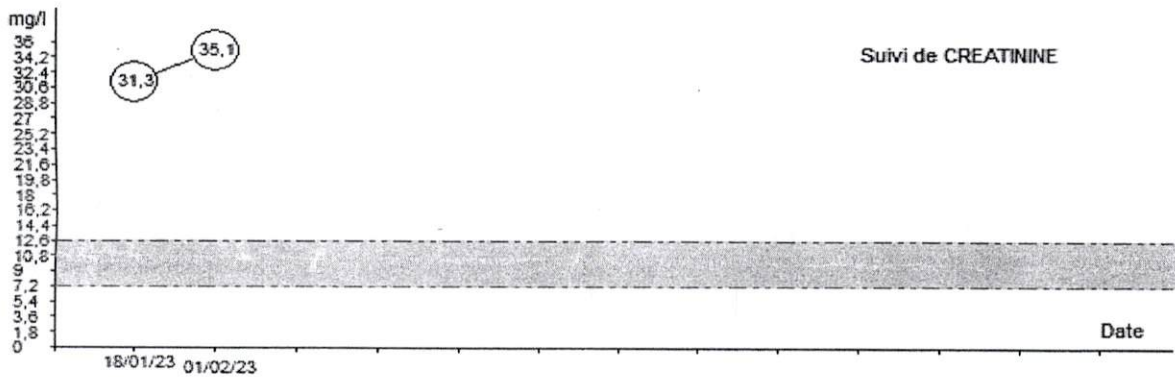
Technique colorimétrique Jaffé

35,05 * mg/l (7,2 - 12,5)

318,60 * µmol/l (53,09 - 115,08)

Valeurs Usuelles

Antériorité

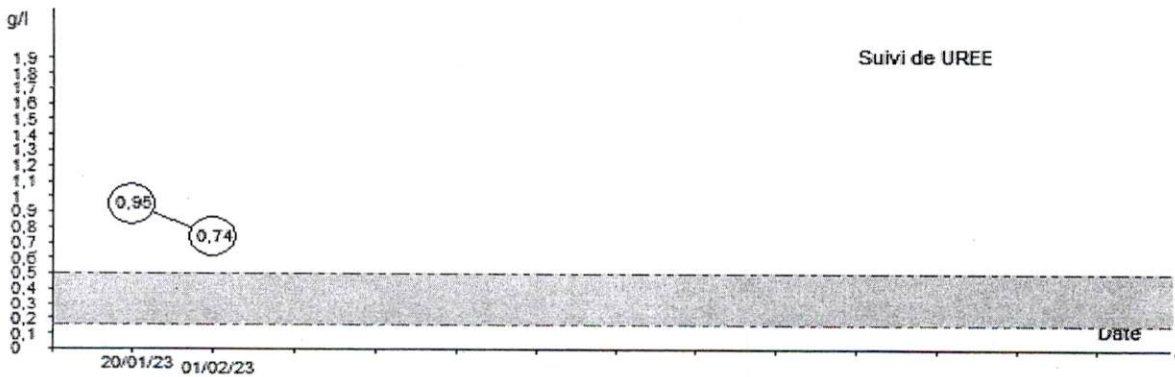


Urée sérique

Technique enzymatique à l'Uréase UV

0,74 * g/l (0,16 - 0,5)

12,34 * mmol/l (2,67 - 8,34)



Acide urique

Technique colorimétrique

56,20 mg/l (26 - 70)

330,46 µmol/l (154,88 - 416,66)

58,10 (19/05/22)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Dr Bennani Zahra

Médecin Biologiste

Laboratoire Al Kawtar

Av. Med El Fassi Rte Imouzzar Fes

INPE: 147166797



مصلحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - فاس

Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoirealkawtar@gmail.com