

# 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

- Reclamation : 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.

N° W21-811169

168712

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1497

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MIRDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699900310

Total des frais engagés : 544

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

compte mutuelle

Date de consultation :

REHOUINA 7/6

Age :

Nom et prénom du malade :

REHOUINA 7/6

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 18/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

1 M.F.

## 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.

Signature et empreinte de l'Agence

## نوعية خدمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب ارفاق 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 الاجتماعي 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 يوماً) من النزاهة العلاج.

- تقديم تعريض النتائج المعتبرة على أسلن التعريفة الوطنية

- عرض بعض التفاصيل وطلب رهينا بطلب المرافقة

- وسمعة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

- انقطاع النازحة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية

غير قابل للتعويض.

- كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من

خدمات غير متحققة، ميعاد طبقاً للمساطر القانونية

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يسبق

ذكره.

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الاستلام : .....

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري

Réserve à la DAMO

تاريخ الاليداع : .....

Date d'arrivée : .....

تاريخ الاليداع : .....

TEL: 06 99 937612

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



موافقة مسبقة  
Entente préalable

تفقد  
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  
Réf. - 610-1-02  
مرجع رقم

Ref. ANAM : 1.20.01  
Ref. ANAM : 1.20.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

REHOUIMA H. Pissat

141992512

141376833

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

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse : Avenue Mohamed AL FASCI 1319 Résidence العنوان :

Dakar 20050 SÉS

Montant des frais : 790 درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes : 02

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

Date de naissance : 14/07/1950

N° CIN : 141376833

Sexe : M ذكر  F أنثى

INPE et code à Barres

Médecin traitant

الطبب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins

Hospitalisation  إستشفاء  Maternité  Amoëme  Accident  حادثة  Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

أشهده بصفة كل ما ذكر أعلاه المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Le : 23/01/2013

في : 23/01/2013

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

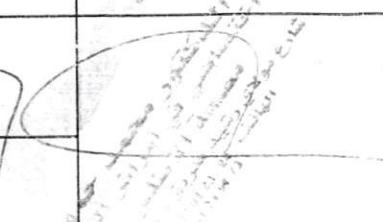
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

080 203 3333 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف -

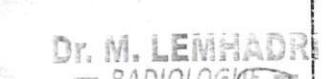
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وظابط الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
23/01/23		CS	200 ₦		
INPE et code à Barres 11111111111111111111					
01/02/2023	CF				
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

CIM - 10

Actes Paramédicaux						ملايات 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 وظابط المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 11111111111111111111						
INPE et code à Barres 11111111111111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة والصور					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وظابط طبيب الأشعة أو الإبهائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
03/01/23			500 ₦		
INPE et code à Barres 11111111111111111111					
02/02/2023	RS		500,00 ₦		
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres 11111111111111111111		
INPE et code à Barres 11111111111111111111		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

 <b>الجهاز الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين</b> <b>الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		<b>مديرية التأمين</b> <b>الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance</b> <b>Maladie Obligatoire</b> <b>Réf. : 610-2-06</b> <b>مرجع رقم : 610-2-06</b>
	<b>Emis à :</b> CASABLANCA <b>Le :</b> 09/06/2023	<b>أصدر ب :</b> <b> بتاريخ :</b>	<b>Page</b> 1 / 1
		<b>المرسل إليه</b>	
<b>N° d'immatriculation</b> 159935125 <b>Règlements de la période</b> du : 31/03/2023 : من au : 31/03/2023 : إلى	<b>رقم التسجيل</b> <b>أداءات الفترة</b>	<b>Destinataire</b> <b>REHOUMA MOHAMED</b>	

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	العنفونات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	النكمية	أسلس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإذاء	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
<b>REHOUMA MOHAMED</b>											
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
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 الزيارة الإلكترونية للمؤمن لهم  
 أو تطبيق الهاتف  
 أو الاتصال بالسيجيب الإلكتروني على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



# CENTRE DE DIALYSE ATLAS

Docteur Mohamed HAMMOU

SPECIALISTE EN NEPHROLOGIE

Fès, le

10/9/02



10/9/02

Rehmanoui M'hamed

J. M.

Dr. M. LEMHADRI  
— RADIOLOGUE —  
Clinique Al Kawtar - FES  
Tél : 05 35 64 18 81/06 63 02 80 24

Re : IN

V. Dr. M.

10/9/02

Polyclinique Atlas, Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES / GSM: 06 61 24 57 73  
Tél : 05 35 64 48 70 - Fax : 05 35 64 48 77



# 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	
<b>Montant TOTAL</b>	<b>500 DH</b>
<b>REGLEMENT : TPE</b>	

Dr. M. LEMMADRI  
Sous RAZZAK CEDUC  
Dynamus Al Moudaw  
Tél: 05 35 61 18 81 / 06 53 02 80 24

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

Clinique Al kawtar Av.  
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzer 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](mailto: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 liquidiens 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.

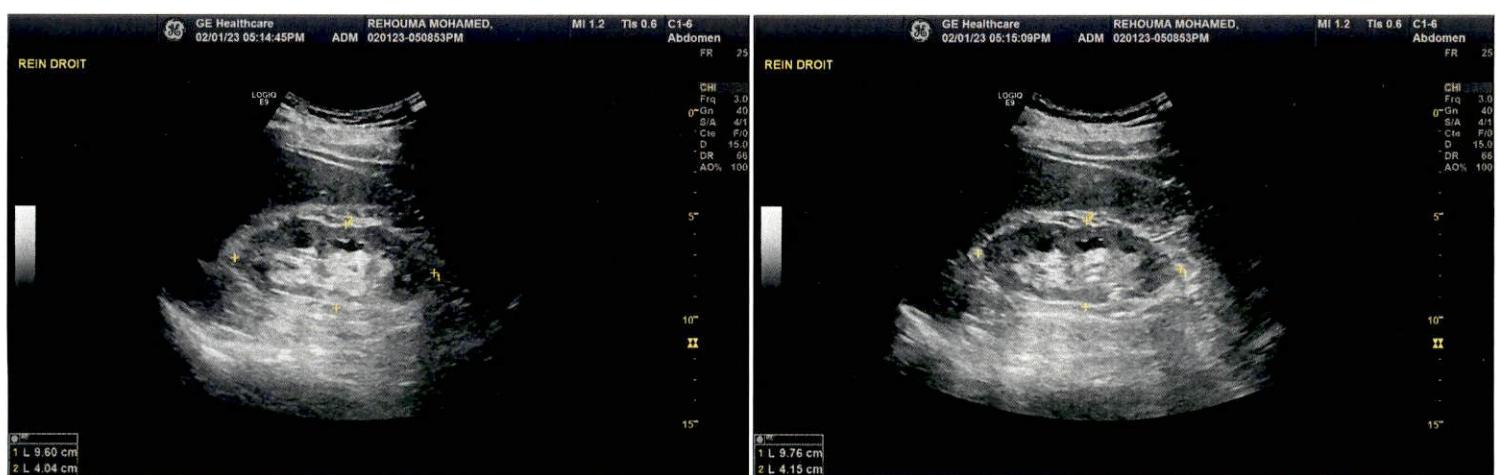
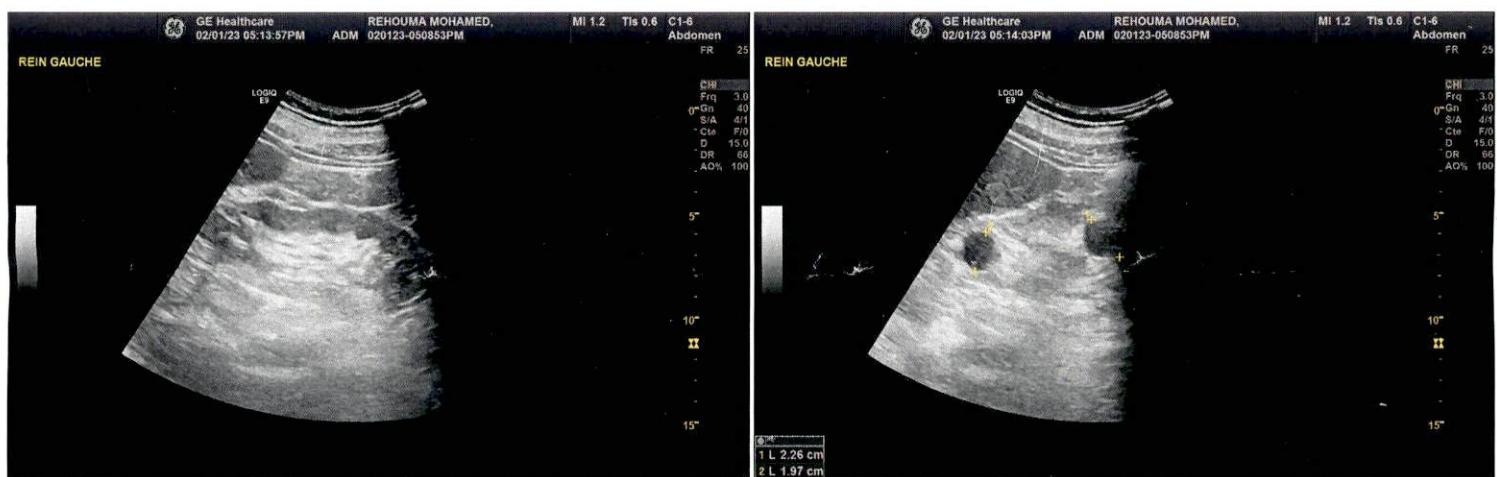
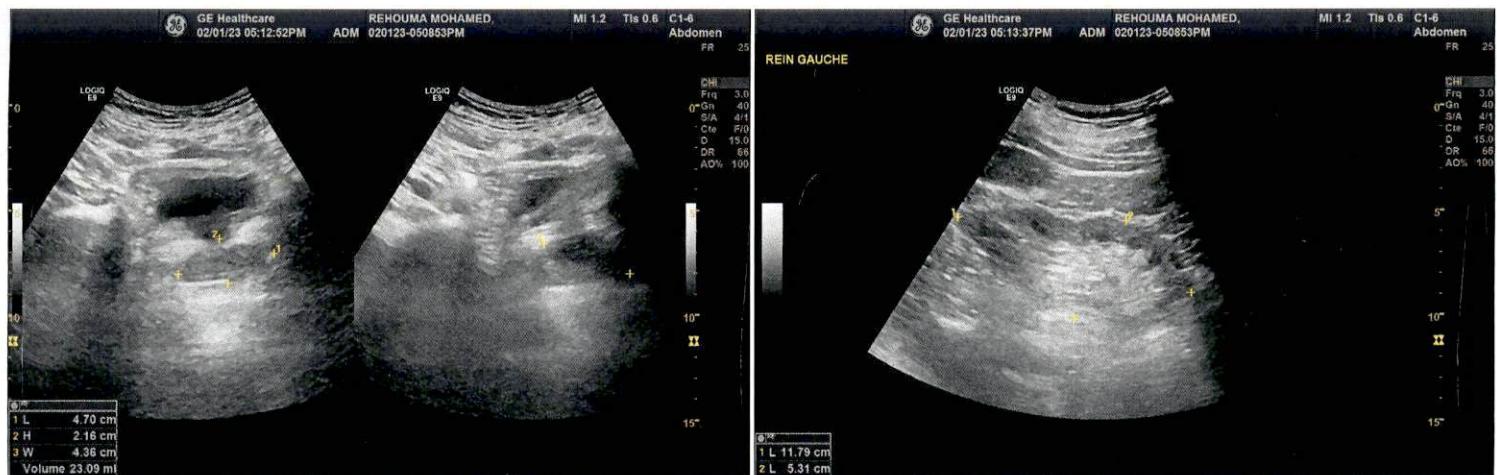
#### Confraternellement :

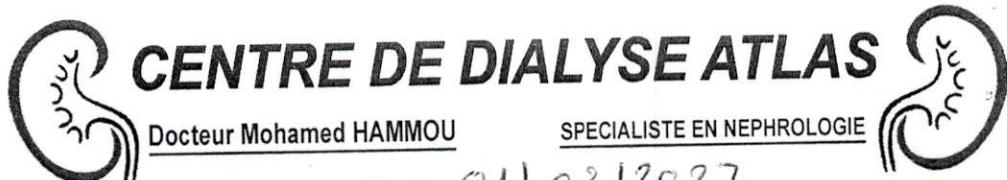
Dr. M. LEMHADRI  
— RADIOLOGIE —  
Clinique Al Kawtar - FES  
Tél: 05 35 61 18 81 / 05 63 62 80 24

Centre de Radiologie Moulay Idriss



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





Docteur Mohamed HAMMOU

SPECIALISTE EN NEPHROLOGIE

Fès, le 01/02/2023

REHOUMA Mohamed

Fâne SVP

- urée, créatinine, acide

urique

Signature: *Ghannouchi Zanta*

*Centre de Dialyse Atlas*  
05 35 64 48 70 - 05 35 64 48 77 - 06 61 24 57 73



# مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MÉDICALE

Hémato-cytologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Hémonefrologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Microbiologie - 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
<b>Total</b>			<b>90,00</b>

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



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

ش. محمد السادس، طريق إيموزار - فاس  
AV. Md El Fassi, Rte Imouzzer - FES  
Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoireal Kawtar@gmail.com



# مختبر الكوثر للتحاليلات الطبية

## LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MÉDICALES

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

الدكتورة زهرة بناني  
DR. BENNANI ZAHRA  
Médecin spécialiste en Biologie Médicale



Édité 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

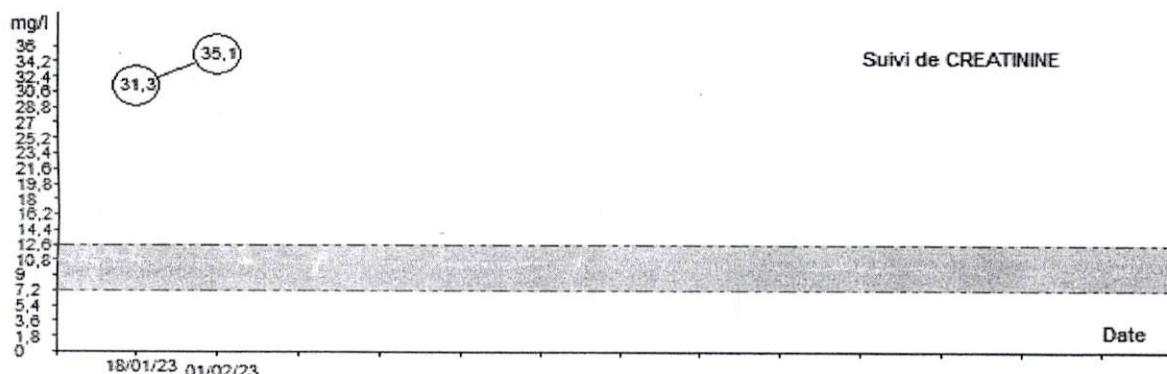
### BIOCHIMIE SANGUINE

ARCHITECT PLUS Ci 4100

**Créatinine sérique**  
Technique colorimétrique Jaffé

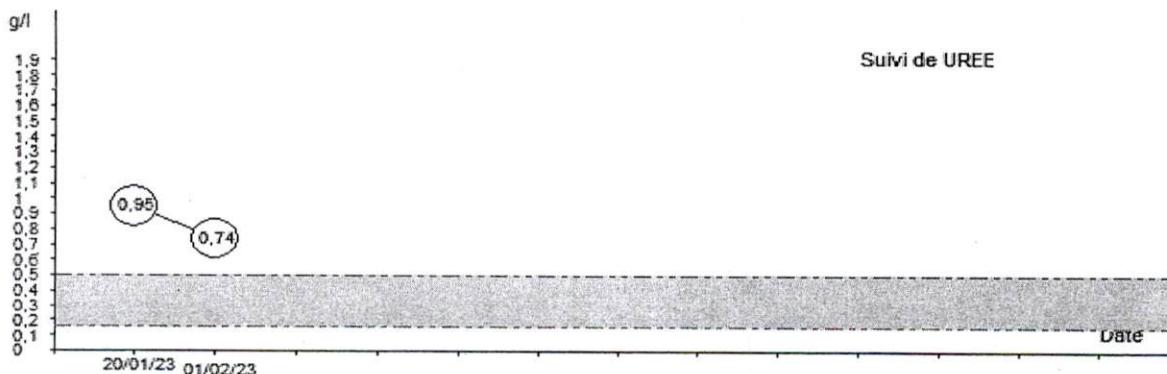
Valeurs Usuelles  
35,05 \* mg/l ( 7,2 - 12,5 )  
318,60 \* µmol/l ( 53,09 - 115,08 )

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 Imouzzer Fes

INPE: 14716679

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

شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - فاس

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzer - FES  
Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoireal Kawtar@gmail.com