

# 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° W21-811171

168714

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MURDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 069990310 Total des frais engagés : 3231,71

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Congé mutuel

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Rehouna 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) :

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

Imprimer une feuille de soins par personne et par traitement.

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 un 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 un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont pas couverts. Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne lui sont pas dues, est passible des sanctions légales édictées.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions élémentaires 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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
إشعار من قبل Notification de l'agent :	تاريخ الاستلام : _____ Date d'arrivée : _____ تاريخ الإيداع : _____ Date de dépôt du dossier :

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>*117639569*</p> <p>Entente préalable</p>	<p>ورقة العلا aladie</p> <p>تنفيذ Exécution</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02</p>
N° Dossier : 06 99 93 76 13		خاص بالمؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : REHOUMA Mohamed		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 159935125		رقم التسجيل :	
N° CIN : 81-376833		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 : Avenue Mohammed VI AL FASSA n° 19 AL ROUSSE		العنوان :	
Montant des frais : 457,70 Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins : Rehouma Mohamed		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : 14/12/1950		تاريخ الميلاد :	
N° CIN : 81-376833		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس :	
INPE et code à Barres		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر	
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins		نوع العلاجات	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثه Maladie <input type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à : 19/04/2023		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Le : 19/04/2023		أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

\* الشطب الخانة المناسبة

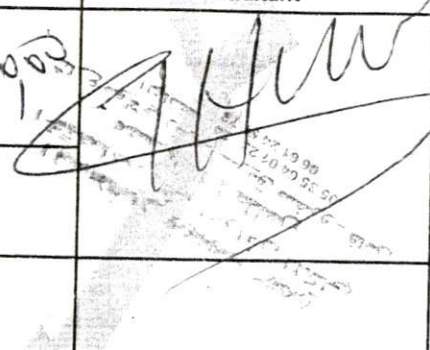
- Cocher la mention utile pour chaque case

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

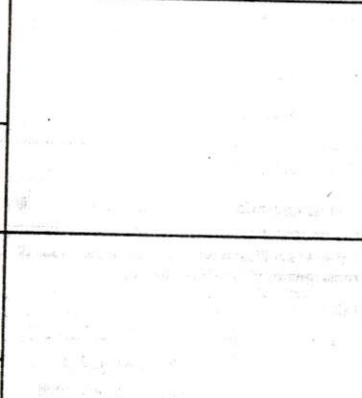
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

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

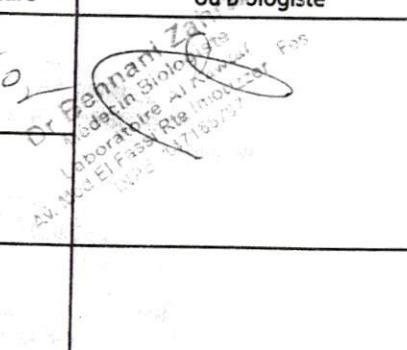



Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
14/03/2023			20000		
VPE et code à Barres					
IPE et code à Barres					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمل 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	
						
E et code à Barres						
E et code à Barres						

IM-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	
15/03/23			150		
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	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
14/03/2023	107,70			
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

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



# CENTRE DE DIALYSE ATLAS



Docteur Mohamed HAMMOU

SPECIALISTE EN NEPHROLOGIE

Fès, le

14/03/2022

A. Zahra

for

é, cut,

Dr. Benabdallah Zahra  
Médecin Néphrologue  
Laboratoire A. Koutar  
Av. Méd El Fassi Rte de Sefrou Fès  
INPE 14 060 87

*[Large handwritten signature and stamp area]*



# CENTRE DE DIALYSE ATLAS



Docteur Mohamed HAMMOU

SPECIALISTE EN NEPHROLOGIE

Fès, le

14/03/2023

Le Rouma Jhama

Cacit 1000 :  
107,70

(S.V)

Mos

exp. Hys  
Oua

*[Large handwritten signature]*

PHARMACIE AIN LAHNACH  
Dr KALI REDA  
AIN LAHNACH ANNEX DE TIZGUIT  
PROVINCE IFRAN  
TEL : 06 67 74 98 01



# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

## Calcium

mg,  
primé effervescent

Veillez attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Le médicament ne doit pas être utilisé en continu et uniquement en cas de besoin.

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site Internet de l'ANSM (France).

Autres

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est :

Août 2020

HERMES PHARMA GMBH  
SCHWIMMSTEG 1a  
9400 WOLFSEBERG  
AUTRICHE

calcium, un risque d'hypercalcémie accompagnée d'une altération de la fonction rénale ou syndrome de Burnett peut survenir. Ce risque concerne également les femmes enceintes prenant de fortes doses de calcium ainsi que les patients présentant une insuffisance rénale. Chez ces patients, il est

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures.

Le tube doit être refermé soigneusement après chaque utilisation.

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité.

Le dernier jour de ce mois.

Remballage après EXP : MM/AAAA. La date de péremption indiquée sur

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.

5. COMMENT CONSERVER CACIT, comprimé effervescent ?

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

6 118001 040049

Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 16 - 9400 WOLFSEBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



# 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

Facture

Fès, le 15/03/2023

N° facture 2023-02228

Date prélèvement : 15/03/2023

Mr REHOUMA MOHAMED

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
CREA	CREATININE	30	30,00
UREE	UREE	30	30,00
NA	SODIUM	30	30,00
K	POTASSIUM	30	30,00
CA	CALCIUM SERIQUE	30	30,00
S	Prélèvement sang veineux	1	0,00
		Total	150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante dirhams\*\*\*

Clinique Al Kawtar  
Laboratoire  
AV. Md EL Fassi, Rte Imouzzar - FES  
Tél : 05 35 69 30 35 - 06 62 21 82 32

Dr Bennani Zahra  
Médecin Biologiste  
Laboratoire Al Kawtar  
AV. Md EL Fassi, Rte Imouzzar - FES  
Tél : 05 35 69 30 35 - 06 62 21 82 32



مصحة الكوثر  
CLINIQUE AL KAWTAR

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

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

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



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 مزجج رقم :

Emis à : CASABLANCA  
Le : 05/06/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 159935125

رقم التسجيل

Destinataire  
REHOUMA MOHAMED

المرسل إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 02/06/2023 : من  
au : 02/06/2023 : إلى

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	مهنبو الصحة	مبلغ المصاريف	الشعيرة 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											
117639569	14/03/2023	PH	PHARMACIES D	107,70	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	02/06/2023	91,55
117639569	14/03/2023	CS	OFFICINES NEPHROLOGIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85,00	02/06/2023	127,50
117639569	14/03/2023	B	Clinique Privée	150,00	165,00	150,00	1,00	165,00	85,00	02/06/2023	127,50
109211901	17/05/2023	R400	CARDIOLOGIE	800,00	650,00	1,00	1,00	650,00	85,00	02/06/2023	552,50
109211901	17/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	3497,90	0,00	1,00	43,00	0,00	0,00	02/06/2023	2332,66
Total remboursé											3231,71
Total général remboursé											3231,71

- 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





# مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

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

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Médecin spécialiste en Biologie Médicale

Mr REHOUMA MOHAMED

Dossier N° : 150323-792 du 15/03/2023

Page : 2 / 2

## BIOCHIMIE SANGUINE

ARCHITECT PLUS Ci 4100

Potassium sérique (K)

Technique potentiométrique ISE

4,40

mEq/l

Valeurs Usuelles

( 3,5 - 5 )

Antériorité

4,40 (20/01/23)

Calcium sérique (Ca)

Technique à l'Arsenazo III

84

mg/l

( 80 - 100 )

90 (20/01/23)

3

mmol/l

( 2 - 2,5 )

93 (08/08/22)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement



مصحة الكوثر  
CLINIQUE AL KAWTAR

Dr Bennani Zahra

Médecin Biologiste

Laboratoire Al Kawtar

Av. Md El Fassi Rte Imouzzar Fes

INPE: 147166797

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 15/03/2023

### COMPTE RENDU

Préleveur non désigné

Dossier N° 150323-792  
Mr REHOUMA MOHAMED  
Date de naissance 07/14/1950  
Date de prélèvement 15/03/2023 9:07  
Patient EXTERNE

Page : 1 / 2

### BIOCHIMIE SANGUINE

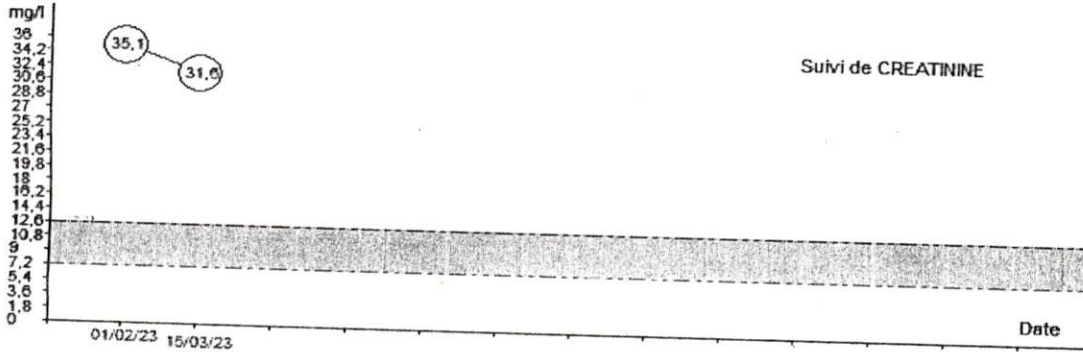
ARCHITECT PLUS Ci 4100

#### Créatinine sérique

Technique colorimétrique Jaffé

31,59 \* mg/l (7,2 - 12,5)  
287,15 \*  $\mu$ mol/l (53,09 - 115,08)

Antériorité

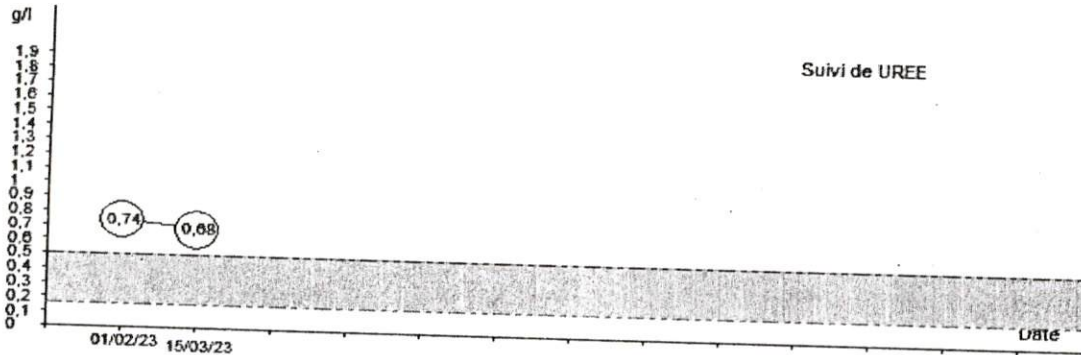


#### Urée sérique

Technique enzymatique à l'Uréase UV

0,68 \* g/l (0,16 - 0,5)  
11,34 \* mmol/l (2,67 - 8,34)

Suivi de UREE



#### Sodium sérique (Na)

Technique potentiométrique ISE

136 mEq/l (134 - 145)

136 (20/01/23)

Dr Bennani Zahra

Médecin Biologiste

Laboratoire Al Kawtar

Av. Md El Fassi Rte Imouzzar Fes

INPE: 147166797

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



مصلحة الكوثر  
CLINIQUE AL KAWTAR