

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 de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-722504

16 8976

Mutuelle Complémentaire

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI NED EL RAHFOUD

Date de naissance : 07-10-1954

Adresse : Cite ANDALOUSIA D083 APT8 B.D ANOUAL CASABLANCA

Tél. : 0661462619

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/12/2023

Nom et prénom du malade :

ZOHRY FATIMA

Age : 72 ans

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'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 : 21/07/2023

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - ww

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

	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 Le : 14/07/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 192159815 Règlements de la période du : 14/07/2023 : من au : 14/07/2023 : إلى	المرسل إليه 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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	الشعيرة 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZOHRY FATIMA											
80434604	24/06/2023	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	14/07/2023	175,00
80434604	24/06/2023	B	Clinique Privée	372,00	371,80	338,00	1,00	371,80	70,00	14/07/2023	260,26
80434604	24/06/2023	R400	CARDIOLOGIE	900,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70,00	14/07/2023	455,00
Total remboursé											مجموع مبلغ التعويض 890,26
Total général remboursé											مبلغ التعويض الاجمالي 890,26

- 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 الوالضمان على الأرقام

تعليمات يجب إتباعها

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.

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 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 و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل 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 :	Date d'arrivée: تاريخ الاستلام:
Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:	Date d'arrivée: تاريخ الاستلام:

 الضمان 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	رقم المرجع : 610-1-02 R.E.A.N.A.M. : 1.2.01.01
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : ZOHRY FATIMA		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 119121151918415		رقم التسجيل :	
N° CIN : 13-2161621610		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 : CITE ANDALOUSSI A IM83 AP1 8 BO ANOUAL CASA		العنوان :	
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : ZOHRY Fatima		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : 11/11/1954		تاريخ الازدياد :	
N° CIN : 13-2161621610		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* : F		الجنس :	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المفسر **	
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins*		نوع العلاجات*	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء		Maladie <input type="checkbox"/> مرض	
Maternité <input type="checkbox"/> أمومة		Accident <input type="checkbox"/> حادث	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : CASA BLANCA		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : CASA	
Le : 21/11/2013		Le : 21/11/2013	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج والمؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

- * Cocher la mention utile pour chaque case

الصدوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNS - Place de DAKAR Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision[illegible]

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

$$\frac{25}{132} \div \frac{25}{253}$$



Casablanca, le 25 / 06 / 2023

ICE: 002924279000042

W 2012y Fotimo-

SERVICE FACTURATION

Dr. FAHD CHAARA
Médecin Cardiologue
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca

~~Laboratoire d'Analyse Médicale
Tel: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Cergy-Pontoise~~



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° : 23014400 Du : 24/06/2023

Patient : FATIMA ZOHRY

Prise en charge : PAYANT

N° Dossier : 23013424

Admission : 24/06/2023

Sortie : 24/06/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
LABORATOIRE	1	24/06/2023	372.50	372.50
			Sous-Total	372.50
Total clinique				372.50
Arrêtée la présente ticke modérateur à la somme de :			Total brut :	372.50
Trois cent soixante douze dirhams cinquante centimes			Remise :	0.00
			Total net :	372.50

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA (HPIC)
Angle Bd Bir Anzarane et Abou Ishak Shirazi
et Rue Ben Jilali, Quartier Maarif - Casablanca
ICE: 002924278000042
IF 50575193 - RC: 109051

ANGLE BD BIR ANZARANE ET ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE BEN JILALI, QUARTIER MAARIF - CASABLANCA

ICE : 002924279000042 RC : 119051 IF : 50575193 IP : 45000681 INPE : 060064839 RIB : 050780004010929193200177



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

Groupe CIM Santé - Casablanca

Casablanca, le : 24/08/13

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA

DU GROUPE CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET
ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE
BEN JILALI, QUARTIER MAARIF
CASABLANCA.

TÉL: 05 22 05 40 40

FAX: 05 22 05 40 41

ICE: 002924279000042

Mme ZOHRY Fatma

CHIRURGIE REANIMATION

CHIRURGIE GENERALE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

CHIRURGIE CARDIO VASCULAIRE

CHIRURGIE ET PEDIATRIQUE

CHIRURGIE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

1) Terna 10 →
125 de son

2) Zosilia 10 →
125 de motin

3) Condoos 100 →
125 Mide

Dr. FAHD CHAARA
Médecin Cardiologue
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca

SERVICE RADIOLOGIE

SERVICE CONSULTATIONS

SERVICE PRISE EN CHARGE

SERVICE FACTURATION

CONTACT HPIC@CIMSANTÉ.CA



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° : 23014387 Du : 24/06/2023

Patient : FATIMA ZOHRY

Prise en charge : PAYANT(CNSS (AMO))

Admission : 24/06/2023

N° Dossier : 23013413

Sortie : 24/06/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION	1		300.00	300.00
ECHO COEUR	1		900.00	900.00
			Sous-Total	1 200.00
Total clinique				1 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille deux cents dirhams

Total brut : 1 200.00

Remise : 0.00

Total net : 1 200.00

Matricule :

Adhérent :

Part organisme :

0.00

Affiliation :

N° prise en charge :

Part patient :

1 200.00

CIN : B266260

Code clinique :

ICE :

Service Consultation Cardiologie
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca



Casablanca le : 24/06/2023

Compte rendu d'échocardiographie

Casablanca, le :

Mme ZOHRY FATIMA

- VG non dilatée, (DTD: 52mm), non hypertrophié (PP/SIV : 8/8 mm), siège d'hypokinésie du segment basal et moyen de la paroi inférieure et latérale, de fonction systolique globale conservée (FEVG : 67%).
- Profil mitral normal E/A=0,7, Pressions de remplissage élevée E/é= 18
- VA tricuspide, fine, souple sans sténose ni fuite Vmax=1,3 m/s
- VM fine, souple, sans sténose, fuite minime.
- Oreillettes de taille normale libres d'échos (SOG à 18 cm² et SOD à 18 cm²).
- Ventricule droit non dilaté, de bonne fonction systolique (TAPSE à 20mm).
- IT minime estimant les PAPS 28 +5= 33 mmhg).
- VCI non dilatée fine compliante.
- Aorte ascendante de taille normale à 27 mm
- Décollement péricardique minime

AU TOTAL :

- Aspect de CMI probable, fonction systolique globale conservée FE=67%
- PRVG élevée
- Pas de valvulopathie significative
- Bon VD, Pas d'HTAP
- Décollement péricardique minime

Dr. FAHD CHAARA
Médecin Cardiologue
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de Casablanca