

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0059261

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723 Société : ND 1891421  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LABHDIR Samir / Veuve Bachedjine  
Date de naissance :  
Adresse : Rés. El Tajir Imc. N°7 - El Yassamine  
Hay Al Qods BENVOSSI - CASAH  
Tél. : Total des frais engagés : 580 / 90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 :

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 : 15 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.



<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>تاريخ الإيجاع :   _   _   _   _   _   _   _  </p>	<p>Date d'arrivée :   _   _   _   _   _   _   _  </p> <p>تاريخ الإستلام :   _   _   _   _   _   _   _  </p>

 الصندوق الاجتماعي <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
	موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *	تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *	
<b>N° Dossier :</b>			
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>		<b>فأص بالمؤمن له (لها)</b>	
<b>Nom et prénom :</b> L. B. H. O. I. R. Sanael		<b>الإسم العائلي والشخصي :</b>	
<b>N° Immatriculation :</b> 219219513216		<b>رقم التسجيل :</b>	
<b>N° CIN :</b> 1-B-28107116		<b>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</b>	
<b>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</b>		<b>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</b>	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن			
<b>Adresse :</b> Nos AL Fajr - Tab C - N° 7 - Al Fassamine Hwy AL Gada BERKUSI - CASR		<b>العنوان :</b>	
<b>Montant des frais :</b> 580,80 درهم		<b>مبلغ المصاريف :</b>	
<b>Nombre de pièces jointes :</b> 2		<b>عدد الوثائق المرفقة :</b>	
<b>Déclaration du Médecin traitant</b>			
<b>Bénéficiaire de soins</b>		<b>صريح الطبيب المعالج</b>	
<b>Nom et prénom :</b> L. A. B. H. O. I. R. Sanael		<b>الإسم العائلي والشخصي :</b>	
<b>Date de naissance :</b> _ _ / _ _ / _ _		<b>تاريخ الإزدياد :</b>	
<b>N° CIN :</b> _ _ _ _ _		<b>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</b>	
<b>Sexe * :</b> M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر      F <input type="checkbox"/> أنثى		<b>الجنس * :</b>	
<b>INPE et code à barres **</b>		<b>رقم الوطني الاستدالي و الرقم المشفر **</b>	
<b>Médecin traitant</b> الطبيب المعالج	<b>Etablissement de soins</b> المؤسسة العلاجية		
<b>Type de soins</b>			
<b>Admission ALD * :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		<b>قبول المرض المزمن * :</b>	
<b>N° dossier ALD :</b> _ _ _ _ _		<b>رقم ملف المرض المزمن :</b>	
<b>Code ALD :</b> Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*		<b>رمز المرض المزمن :</b> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*	
<b>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</b>		<b>صرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</b>	
<b>Fait à :</b>		<b>ب :</b>	
<b>Le :</b> 05.07.2023		<b>في :</b>	
<b>توقيع المؤمن له</b> <b>Signature de l'assuré (e)</b>		<b>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</b> <b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</b>	

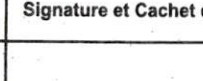

**080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - ب. 2186**

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. :2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 333


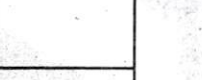





Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
07/07/23		CS	100000		
INPE et code à Barres 1111111111					
14/07/23 20/07/23		Ctr C+	00		
INPE et code à Barres 1111111111					

CIM-10

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 1111111111						
						
INPE et code à Barres 1111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					صور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الأخصائي الإحيائي Signature et Cachet du RAO... ou Biologiste		
07/07/23			100000			
INPE et code à Barres 1111111111						
						
INPE et code à Barres 1111111111						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جود الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
07.07.23	208,80			
INPE et code à Barres 1111111111				
10.07.23	40,00			
INPE et code à Barres 1111111111				
14-07-23	82,10			
INPE et code à Barres 1111111111				

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

Dr. MOBSIT Mariam  
Médecine générale



الدكتورة مبسط مريم  
الطب العام

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques

- الفحص بالصدى
- تتبع الحمل
- تخطيط القلب
- متابعة الأمراض المزمنة

Casablanca, le 14/04/23

Laghder Souad

28,10

1/ Vogaline sirup

1 cure AB 1

31,60

2/ Beragine crê

sup 2 18

22,40

3/ Canagluce 150mg

1cp 18

= 82,10

CANAFLUCAN 150mg ○  
Boîte de 1 gélule



6 118000 091066

VOGALENE 0,1% ○  
Solution buvable - 150 ml



6 118000 081050

Pevagine 1% Crème ○  
Boîte de 30g



6 118000 090571

## Ordonnance

le: 20/07/22

Nom & prénom : .....

Lagh d'iv sonad

40,00

1 | Bromylase sinap

1000000000

40,000

**BiOMYLASE® 200** U.CEIP/ml  
Sirop 125 ml



6 118000 120742

# MAGNE<sup>®</sup>Plus

Magnesium + Vitamin B6 + Vitamin B2

## FORME / PRESENTATION :

Box of 20 effervescent tablets.

## COMPOSITION :

Each effervescent tablet contains :

Magnesium oxide light ..... 500 mg (Equivalent to 300 mg of magnesium element)  
Vitamin B2 ..... 1,8 mg  
Vitamin B6 ..... 2 mg

## EXCIPIENTS :

Citric acid, sodium bicarbonate, sorbitol, potassium bicarbonate, aspartame\*, acesulfam-K, ester sucrose, macrogol, aerosil, colorant, flavors.

## INDICATIONS :

Stress.  
Tiredness.

## INSTRUCTIONS FOR USE :

Oral route.  
Put the tablet in a glass of water and drink after complete dissolution.  
Each tablet contains 0,19 g of sodium.  
It is recommended to take this product as a part of a healthy diet.

## DOSAGE :

Adult : 1 tablet daily.

## NUTRITION FACTS FOR 1 TABLET :

Energy value	10,2 Kcal (44,2 Kj)
Polyols	0,21 g
Organic acids	3,24 g
Sugar	0 g
Sodium	0,19 g

*Food supplement, it is not a medicine.  
Close the tube immediately after use.  
Keep out of reach of children.  
Store in a cool and dry place.  
Do not exceed the recommended dose.*

**MCPHARMA**  
Laboratoire pharmaceutique

Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Morocco  
Qualified person : O. MOTIL

(\*) Source of phenylalanine

Dr. MOBSIT Mariam  
Médecine générale

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques



الدكتورة مبسط مريم  
الطب العام


- الفحص بالصدى
- تتبع الحمل
- تخطيط القلب
- متابعة الأمراض المزمنة

Casablanca, le 22/07/23

Laghdar Saad

Rx du Died

Dr face

  
Dr. MOBSIT Mariam  
Tél : 0522 74 32 14



Recherche

1. RELEVÉ AMO ASSURÉ IMMA : 192195926 DU 11/08/2023

RELEVÉ AMO ASSURÉ IMMA : 192195926 DU 11/08/2023

000192195940

	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 11/08/2023	Page 1 / 1 الصفحة	المرسل إليه Destinataire: BADREDDINE ABDELGHANI LAGHDIR SOUAD
N° d'immatriculation 192195926 Règlements de la période du : 11/08/2023 au : 11/08/2023		رقم التسجيل ادعاءات الفترة من : 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 استفيدتم 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 الأداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
LAGHDIR SOUAD											
131031703	07/07/2023	PH	PHARMACIES D	249,62	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	10/08/2023	139,29
131031703	07/07/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	100,00	80,00	1,00	1,00	80,00	77,00	10/08/2023	61,60
131031703	07/07/2023	T119	Polyclinique CNSS	150,00	150,00	15,00	1,00	150,00	70,00	10/08/2023	105,00
Total remboursé											305,89
Total général remboursé											305,89

- 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

080 203 333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للتأمين لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المومن - ساحة داكور - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02\_28.03.2018

RADIOLOGUE :

NOM : LAGHDIR

MEDECIN DEMANDEUR .....  
DR

PRENOM : SOUAD

DATE : 20/07/2023

EXAMEN RADIOLOGIQUE : PIED DT

## RESULTAT

- Absence de lésion focale visible au niveau de la trame osseuse .
- Les interlignes articulaires sont réguliers et de hauteur conservée ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI  
HAY EL-QODS  
20600 CASABLANCA  
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72  
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP: 642580	N° SEJOUR: 230033080	<b>FACTURE N° 2304012500</b>		DATE D'ENTREE: 20/07/2023		DATE DE SORTIE: 20/07/2023				
ASSURE:				DESTINATAIRE: LAGHDIR, Souad						
MALADE: LAGHDIR, Souad		UF: 5003 RADIOLOGIE								
NOM JEUNE FILLE:		N° IMMAT C.N.S.S.:								
TIERS PAYANT 1:		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:								
TIERS PAYANT 2:										
REF. PC 1:		REF. PC 2:		N° SE. SOC. ETRANG.:						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant: 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE	TOTAUX:	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC:					ACOMPTE:	
		REMISE:	0.00	REGLE:	150.00		AVOIR:	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE: 20/07/2023	EDITEE LE: 20/07/2023	PAR: ESSAAI	ACCIDENT DE TRAVAIL:					
VISA			N° DE POLICE:		DATE AT:			
		Régler ent à effectuer à l'ordre de:		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
		BAN. JE:		BMCE - BERNOUSSI				
		N° compte bancaire:		011780000049210006006888				