

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

193618

M23- N° 0039195

COMPLÉMENT

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDEL DEJID

Date de naissance : 24.05.1953

Adresse : 48, Rue W. GAREL OULADIAIRI
BERRECHID

Tél. : 0678519383

Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

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.

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 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 :	تاريخ الاستلام: ١١/١١/٢٠٢٣
Date de dépôt du dossier: ١١/١١/٢٠٢٣	Date d'arrivée: ١١/١١/٢٠٢٣

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>		<p>0661335124</p> <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02</p>	<p>REGANAM : 120101</p>
<p>N° Dossier :</p>					
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>					
<p>Nom et prénom : SAOUDI ASMAA</p>					
<p>N° Immatriculation : 11913181571101</p>					
<p>N° CIN : 1BIE 1514161914</p>					
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>					
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>					
<p>Adresse : 48 RUE LAGARELOT LAATIRI BERRECHID العنوان :</p>					
<p>Montant des frais : 1255,60 Dhs مبلغ المصاريف :</p>					
<p>Nombre de pièces jointes : 04 عدد الوثائق المرفقة :</p>					
<p>Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>					
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p>					
<p>Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :</p>					
<p>Date de naissance : تاريخ الميلاد :</p>					
<p>N° CIN : رقم البطاقة التعريف الوطنية :</p>					
<p>Sexe : * جنس : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى</p>					
<p>INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المستفرد **</p>					
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>			<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins * نوع العلاجات *</p>					
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/></p>					
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>			<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>		
<p>Fait à : ب : Le : ١١/١١/٢٠٢٣ في :</p>			<p>Fait à : ب : Le : ١٢/١١/٢٠٢٣ في :</p>		
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>			<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

* 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 - 2186 الدار البيضاء - الهاتف : 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 - Téléphone : 080 203 3333

[illegible][illegible]

Actes de Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة والصوّر	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes		معامل العملية Lettre clé, cotation NGAP / NABM		المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحیائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
٢٥/١٨/٢٠٢٣	B600+P				7008H	مختبر أشعة طبية Laboratoire d'Imagerie Médicale BERRECHID Dr. Azzam JOURDANE 183 Bd Mohamed V - N°1 Etage I - Berrechid Tél/Fax : 05 22 03 04 61	
INPE et code à Barres ٩٦٤٣١٢٦٣٤٩١٩							
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

Dr. Siham EDDEGHAI
SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO
ENTEROLOGIE

Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca
et Mohamed VI à Marrakech
Endoscopie digestive
Echographie abdominale
Proctologie médicale et chirurgicale
Membre de L'AFEF
et SNFGE



الدكتورة سهام الدغاي
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
والكبد

طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراكش
الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى الصوتي
أمراض المخرج والبيواسير
عضو الجمعية الفرنسية
للأمراض الجهاز الهضمي

PHARMACIE 2000
Dr. KADIRI LALLA ZINEB
22, Bd. Mohamed V (Près de la Mosquée OHOUD)
Berrechid
Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50
Instagram : Pharmacie_2000

Date : 19/12/23

Mme Saoudi Asma

14.50
x 2

19.62 x 2

1) Hemclast suppa 14.50 x 2
suppa 19.62 x 2

733.60
x 2

2) Dioremer cp 1 cp x 2
99.50

3) li x-far cp 40.40 x 3

4) Metospar myl 2555.60
2 pl x 2
19 (38)

8, salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen

E-mail : dreddeghaibinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57
Complexe Médicale Ar assi

DIOVENOR 600MG
CP B30



6 118000 010449

DIOVENOR[®] 600mg

30 comprimés



6 118000 010449

METEOSPASMYL[®] B 20 caps molles

Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

METEOSPASMYL[®] B 20 caps molles

Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

METEOSPASMYL[®] B 20 caps molles

Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohamed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohamed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohamed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

Dr. Siham EDDEGHAI

**SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO
ENTEROLOGIE**

Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca
et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Proctologie médicale et chirurgicale

Membre de L'AFEF
et SNFGE



الدكتورة سهام الدغاي
**أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
والكبد**

طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراكش

الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض المخرج واليواسير

عضو الجمعية الفرنسية

للأمراض الجهاز الهضمي

Date : 19/12/23

Mr. Saoudi
Asmao

Calprotectine fécale

Dr. Siham EDDEGHAI
SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
8, Salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI)
CASABLANCA
Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

Dr. Ahlam ICOURDANE
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
183, Bd Mohamed V, N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

8, السلام 1, شارع محمد الزفزاف إقامة رقم 1, ش 19 الطابق 3, (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مومن - الدار البيضاء



المجمع الطبي أناسي
8, salam 1, Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen
E-mail : dreddeghaicabinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57
Complexe Médicale Anassi





مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE :063063499

FACTURE N° : 1231200199

BERRECHID le 25-12-2023

Mme SAOUDI Asmaa

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Calprotectine fécale	600	B600

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams .

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - 1er Etage I - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570

Date du prélèvement : 25-12-2023 à 09:14

Code patient : 20211013003

Né(e) le : 27-01-1960 (63 ans)

Mme SAOUDI Asmaa

Dossier N° : 20231225006

Prescripteur : Dr EDDEGHAI SIHAM



BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE-VIROLOGIE

CALPROTECTINE FECALE

(Elisa Quantitatif)

<50.00 µg/g

(<50.00)

Interprétation :

Niveau de calprotectine dans la plage normale.	< 50 µg/g	Inflammation gastro-intestinale presque exclue, d'autres mesures diagnostiques invasives ne sont généralement pas utiles.
Niveau de calprotectine légèrement élevé.	50 - 200 µg/g	Faible niveau d'activité inflammatoire dans le tractus gastro-intestinal (par exemple, MII en rémission), une répétition du test et d'autres mesures diagnostiques sont recommandées.
Niveau de calprotectine très élevé.	> 200 µg/g	Maladie organique active du tractus gastro-intestinal, d'autres tests diagnostics intensifs et un traitement par un gastro-entérologue sont requis en urgence.

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - 1er Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61



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 : 17/01/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 199385710 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 17/01/2024 : إلى
au : 17/01/2024 : إلى

المرسِل إليه
Destinataire
SAOUDI ASMAA

Veillez 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.

مبلغ التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة التعويض	أساس التعويض	الكمية	المعامل	التعريفية المرجعية	مبلغ المصاريف	مهنيو الصحة	العمليات	تاريخ العلاج	رقم الملف	
Montant remboursé	Date d'envoi du paiement	Taux de remboursement %	Base de remboursement	Quantité	Coeff.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins	Numéro de dossier	
SAOUDI ASMAA												
84,84	17/01/2024	0,00	0,00	5,00	1,00	0,00	555,60	PHARMACIES D	PH	19/12/2023	147398275	
462,00	17/01/2024	70,00	660,00	1,00	600,00	660,00	700,00	OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES	B	19/12/2023	147398275	
Total remboursé											مجموع مبلغ التعويض	546,84
Total général remboursé											مبلغ التعويض الاجمالي	546,84

- 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