

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080097

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL AZHAR Mohamed  
Date de naissance : 23/01/1954  
Adresse : 58, Gb AL Khayma Sidi Maaruf CASA  
Tél : 06 63 08 97 65 Total des frais engagés : 782,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELOFIN ZAKIA 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'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 : Casablanca Le : 08/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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.



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

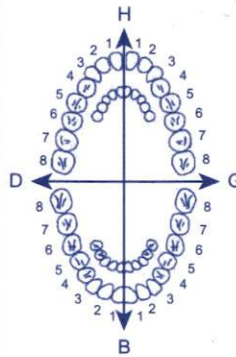
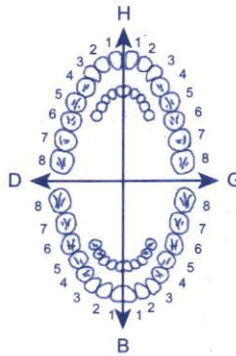
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															


A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



066832096

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.	
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).	
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الاسم الكامل الشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.	
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشترقة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.	
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.		يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف حدود ستين (60) يوما من انتهاء العلاج.	
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المدروسة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.	
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.	
L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.		الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.	
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.		كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.	
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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.	
<p>نوع وطابع 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>Date de dépôt du dossier : .....</p>		<p>تاريخ الإيداع : .....</p> <p>Date d'arrivée : .....</p>	

 <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة Entente préalable</p> <p>تنفيذ Exécution</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-42</p>	
<p>N° Dossier : .....</p> <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>الاسم العائلي والشخصي : <b>ELSPIR ZAKIA</b></p> <p>رقم التسجيل : <b>149133821413</b></p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>149133821413</b></p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>	
<p>N° de la carte d'Identité Nationale : .....</p> <p>Liens de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</p>		<p>العنوان : <b>Lot 42, Avenue de l'Indépendance, Casablanca</b></p>	
<p>Montant des frais : <b>782,50</b> Dhs.</p> <p>Nombre de pièces jointes : .....</p>		<p>مبلغ المصاريف : .....</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : .....</p>	
<p>Declaracion du Médecin traitant</p>			
<p>Bénéficiaire de soins</p> <p>Nom et prénom : <b>ELSPIR ZAKIA</b></p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>N° de la carte d'Identité Nationale : .....</p> <p>Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>		<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي : <b>ELSPIR ZAKIA</b></p> <p>تاريخ الميلاد : .....</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....</p> <p>الجنس : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>	
<p>Identification du Médecin traitant</p>			
<p>N° INP : <b>91444992</b></p> <p>Type de soins : <b>Maladie*</b></p> <p>Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/></p>		<p>الرقم الوطني الاستدلاي للممارس : <b>91444992</b></p> <p>نوع العلاجات : <b>Maladie*</b></p> <p>نم تقديم الظرف المغلق : <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Maternité* <input type="checkbox"/></p> <p>Date de grossesse : .....</p> <p>Date prévue d'accouchement : .....</p>		<p>تاريخ الحمل : .....</p> <p>التاريخ المرجح للولادة : .....</p>	
<p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/></p> <p>Date d'hospitalisation : .....</p>		<p>تاريخ الإستشفاء : .....</p>	
<p>Accident* <input type="checkbox"/></p> <p>Date d'accident : .....</p> <p>Causes : .....</p>		<p>تاريخ الحادث : .....</p> <p>أسباب الحادث : .....</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et certifie que les informations ci-dessus sont sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <b>Casablanca</b> le : <b>12/05/2024</b></p> <p>Signature de l'assuré(e) : <b>ELSPIR ZAKIA</b></p> <p>Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : <b>Dr. ELSPIR ZAKIA</b></p>			
<p>* INP : Identification Nationale du Praticien</p> <p>* Cocher la mention utile pour chaque case</p>			



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

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	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	نوقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INP :							
INP :							
INP :							

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			توفيق وطابع الصيدلي أو ممنون الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المقتور Prix Facturé		
20/1/24	193,00		
09/20/2878			
10/01/2024	89,50		
INP : [ ]			
092033348			
INP : [ ]			



**CMR**

EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES  
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

**Consultations :**

Pneumophtisiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique et interventionnelle**

Fibroscope bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

دكتور ع. (النصري)

Dr. Arabi NACI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologie

10/01/2024

Madame EL OFIR Zakia

LEVAMOX 1g : 1 sachet 2 fois par jour x 6 jours

DOCIVOX : 1 c à soupe 2 fois par jour x 6 jours

FITOPOLIS spray :

2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours.

صيدلية ابن بركة

PHARMACIE TAHIMIA

FOULOU

Docteur

N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maarouf

Tel : 0522 43 52 25 Casablanca

Pharmacie Hassan  
Rue 12 N° 1  
Casablanca  
Tel : 05 22 50 05 29

Lamia DICURI

Dr. Arabi NACI  
Professeur agrégé  
Maladies Respiratoires  
5, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif  
94 83 47

Pour les rendez-vous : tél. 06 66 79 59 81

**Consultations :**

Pneumophthisiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique**

**et interventionnelle**  
Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthisiologue

10/01/2024

**Madame EL OFIR Zakia**

**COMPTE RENDU**

**Radiographie thoracique de face**

\*\*\*\*\*

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Absence de foyer de condensation parenchymateuse
- Aspect de péribronchite bilatérale

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
5. Bis Rue Ibnou Babik - Maârif  
CASA Tél : 05 22 94 93 47





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 : 26/01/2024 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 193302413 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من :  
du : 26/01/2024 : إلى :  
au : 26/01/2024 : أداءات الفترة

Destinataire المرسل إليه  
EL OFIR ZAKIA

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	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL OFIR ZAKIA											
144559707	10/01/2024	PH	PHARMACIES D	282,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	26/01/2024	86,80
144559707	10/01/2024	ECHO	OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	200,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	26/01/2024	140,00
144559707	10/01/2024	CS	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	26/01/2024	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											331,80
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											331,80

- 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 البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الدكتور ع. العربي  
Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



الدكتور محمد العبراهيمي  
DOCTEUR M. EL IBRAHIMI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

10 01 2024

M

El Ouir Zou

### Honoraires versés

Le .....	Consultation	300	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face	200	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Profil		DH
Le .....	Pléthysmographie / DLCO		DH
Le .....	Spirometrie - Oscilling		DH
Le .....	Polysomnographie + Polygraphie		DH
Le .....	Polygraphie sous VNI		DH
Le .....	Gaz du Sang Artériel		DH
Le .....	Mise en Place de VNI		DH
Le .....	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire		DH
Le .....	Tests Cutanes		DH
Le .....	Fibroscopie Bronchique / LBA		DH
Le .....	Aerosol + Injection		DH
Le .....	Ponction "Pleurale Biopsie"		DH
Le .....	Ponction "Pleurale Simple"		DH
Le .....	Echographie de l'abdomen		DH
Le .....	Test de marche de 45 minutes		DH

TOTAL : 500 DH

5, Rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com