

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

## Conditions générales :

- La 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.



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

*Dem Complément*  
**Déclaration de Maladie**

**M23-004157**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01630 Société : Mupras  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : EL Hamzaoui Zabia 1999/66  
 Date de naissance : 6-11-1999  
 Adresse : 21, Rue Najib Mahfoud - Gauthier-cas  
 Tél. 0610813848 Total des frais engagés : 680,00 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 : 21/03/24

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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)



# 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 المرسلّة 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.

لأنّ 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 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
--	---

Tel. Don: 0522 2704 89

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>الإجباري Direction</p>
	<p>* موافقة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ Exécution *</p>	<p>Réf. -</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : M. TIRI SAID Mjidou

N° Immatriculation : 149 216 561 212

N° CIN : 1B-14542100 طنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐

Adresse : 21, Rue Kajib Rahfoud, Guelthier

Montant des frais : 680,00 Dhs Dhs

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : M. T. Said Mjidou

Date de naissance : 14-11-1988

N° CIN : 14542100

Sexe : M ذكر ☒ أنثى ☐ F

INPE et code à barres : 0900337721

Medecin traitant : الطبيب المعالج

Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins :

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادث ☐ Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
 Fait à : 14/11/2014 في : 14/11/2014  
 Le : 14/11/2014  
 توقيع المؤمن له  
 Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
 Fait à : 12 JAN 2015  
 Le : 12 JAN 2015  
 لبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
 Cachet et signature de l'établissement

Cotation NGAP		traitant	
C <sub>3</sub>	300 dh	Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI Professeur ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face Angla 84, Abdelkader el 5 <sup>e</sup> , Ancien Rds, Menid IV Tél : 05 22 23 57 27 / 05 22 23 63 98	
_ _ _			
_ _ _			

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين			
رمز العمل de des ctes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé
_ _ _			
_ _ _			

Classification Internationale des Maladies - dixième révision

NGAP / NGAP		17/01/2024 B270 380,00 dh	
INPE et code à Barres		109510121217171	
INPE et code à Barres		_ _ _ _ _	

LABORATOIRE DU DIAGNOSTIC  
Dr. SERKAT - Tabil  
PHARMACIEN BIOLISTE  
283, Bd. Zerkat - Casablanca  
Tél : 38.51.00/39.51.21

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
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





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 : 19/02/2024

بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192165622

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 19/02/2024 : من

au : 19/02/2024 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

MTIRI SAID MJIDOU

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.

رقم الملف	تاريخ العلاج	المعاملات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Número 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- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
MTIRI SAID MJIDOU											
94045516	12/01/2024	CS	OTO-RHINO-	300,00	75,00	1.00	1,00	75,00	95,00	17/02/2024	71,25
94045516	12/01/2024	B	LARYNGOLOGIE LABORATOIRES D ANALYSES	380,00	297,00	270,00	1,00	297,00	95,00	17/02/2024	282,15
Total remboursé											353,40
Total général remboursé											353,40

- 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

دار المؤمن - ساحة داكرا - 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

**Docteur KADIRI Mohamed EL FATMI**

Professeur

Ancien Chef de Service – ORL – Chirurgie Maxillo-faciale  
Chirurgie plastique et Reconstructive de la face  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien Directeur du Diplôme Universitaire de Ronflement  
Diplôme de l'Université de Bordeaux

Casablanca, le : 12/01/2024

**NOTE D'HONORAIRE**

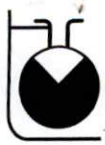
**Mr. MTIRI SAID MJIDOU**

Consultation C3

300 DH (trois cent dirhams).

Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI  
Professeur  
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale  
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face  
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Résidence Mawlid IV  
Tél : 05 22 23 36 27 / 05 22 23 63 98

Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Résidence Mawlid IV Entrée A 3<sup>ème</sup> Etage A31 – Casablanca  
Tél. : 05.22.23.27 – Tél/Fax : 05.22.23.63.98



مختبر المغرب للتحليلات الطبية والعلمية  
LABORATOIRE DU MAGHREB  
D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

283, Bd. Zerkoutni - 21000 Casablanca - Tél. : 05 22 39 51 00 / 05 22 39 51 31 - Téléfax : 05 22 39 51 47

Dr SEKKAL NABIL  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
DIPLOME D'ETUDES SPECIALES  
DE PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE  
IMMUNOLOGIE HEMATOLOGIE  
EX. : ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS  
CHEF DE SERVICE A LA POLYCLINIQUE CNSS

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

MTIRI SAID MJIDOU

Prise en charge N°

Prescripteur

KADIRI

FACTURE N° 6708

Facturé le : 17/01/2024

Analyses :

TAUX DE PROTHROMBINE (TP)	B 40
TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE	B 40
GROUPE SANGUIN	B 60
FACTEUR RHÉSUS	B 40
GLYCÉMIE À JEÛN	B 30
URÉE	B 30
CRÉATININE	B 30

Total analyses : 360,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements : 20,00 Dh

Total <<B>>

270

Soit un montant total :

380,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

LABORATOIRE DU MAGHREB  
Dr SEKKAL Nabil  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
33, Bd. Zerkoutni - Casablanca  
Tél. 39.51.00/39.51.31



مختبر المغرب للتحليلات الطبية والعلمية  
**LABORATOIRE DU MAGHREB**  
**D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES**

283, Bd. Zerktouni - 21000 Casablanca - Tél. : 05 22 39 51 00 / 05 22 39 51 31 - Téléfax : 05 22 39 51 47

**Dr SEKKAL NABIL**  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
DIPLOME D'ETUDES SPECIALES  
DE PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE  
IMMUNOLOGIE HEMATOLOGIE  
EX. : ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS  
CHEF DE SERVICE A LA POLYCLINIQUE CNSS

Préscripteur : KADIRI

Prélève à : ::



093001253

**MONSIEUR MTIRI SAID MJIDOU**

Dossier N° : 401171755

du : 17/01/2024

Page : 1

Compte Rendu d'Analyse

**GROUPE SANGUIN**

**GROUPE**

**O**

**RHESUS**

**POSITIF**

**BIOCHIMIE**

**GLYCEMIE A JEUN**

**0,98**

**g/l**

**(0.70 à 1.1)**

1,01 (18/05/2022)

**UREE**

**0,39**

**g/l**

**(0.10 à 0.50)**

0,36 (18/05/2022)

**CREATININE**

**9,9**

**mg/l**

**(7 à 12)**

10,0 (18/05/2022)

**HEMOSTASE**

**TAUX DE PROTHROMBINE**

**TEMPS DU TEMOIN**

**13,0**

**sec**

**TEMPS DU PATIENT**

**13,0**

**sec**

**TAUX DE PROTHROMBINE**

**100**

**%**

**(70 à 100)**

**I.N.R**

**1,0**

**\***

**(2.0 à 4.0)**

**TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN**

**Témoin**

**32,0**

**sec**

**Sujet**

**30**

**sec**

401171755  
**LABORATOIRE DU MAGHREB**  
**Dr. SEKKAL Nabil**  
**PHARMACIEN BIOLOGISTE**  
**Bd. Zerktouni - Casablanca**  
**05 22 39 51 00 / 05 22 39 51 31**