

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
- 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

Déclaration de Maladie 203583
Nº P19-0025873
Pour complément

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **01630**

Société : **Mupras**

Actif

Pensionné(e)

Autre : **Retraitee**

Nom & Prénom : **EL Hamzaoui Zabia**

Date de naissance : **4-11-1956**

Adresse : **21, Rue Naji El Mahfoud-Gautier Casa**

Tél. : **06.10.81.38.48**

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 :

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 : **29/06/2014**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
 الجهاز الاجتماعي للتأمينات CNSS	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 موجز رقم : 610-2-06	
	Emis à : Le : 29/03/2024	أصدر ب : بتاريخ : 29/03/2024	Page 1 / 1	
		الصفحة	المرسل إليه	
N° d'immatriculation 192165622 Règlements de la période du : 29/03/2024 : من au : 29/03/2024 : إلى	رقم التسجيل اندماجات الفترة	Destinataire MTIRI SAID MJIDOU		

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 استقدمنا منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرية المرجعية	المعامل	الكمية	لسناس 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
MTIRI SAID MJIDOU											
94061502	05/03/2024	C132	Clinique Privée	4800,00	2600,00	1,00	1,00	2600,00	95,00	29/03/2024	2470,00
94061502	05/03/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	126,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	29/03/2024	120,27
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

ـ ما عدا خطأ أو نسيان .

- Sauf erreur ou omission

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 »](http://www.cnss.ma/MaCNSS)
 080 20 30 100
 080 203 3333 / 080 200 7200

للحزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن له
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الإلكتروني على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال لو الحصول على الأرقام

دار المؤمن - ساحة ناكلار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - الهاتف 0522 54 86 07 Fax : 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

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	MTIRI MJIDOU SAID	N° Facture :	158 093	158093
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
BETADINE BLEUE 125 ml SOLUTIO (01)	1	15.99	15.99	
LIDOCAINE 2 % INJECTA (01)	1	16.50	16.50	
SERUM SALE 0.9 500ML INJECTA (12)(1)	1	16.67	16.67	
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE SOL MAS (01)	1	22.50	22.50	
Sous-Total médicaments				71.66
GAZE 87/7.5X7.5 p10 (870)(1)	5	0.52	2.60	
PANSEMENT G.M (001)	1	200.00	200.00	
SERINGUE 20CC (050)(1)	1	2.40	2.40	
SOIE 0 CT 3/8 30MM (036)(1)	2	11.67	23.34	
Sous-Total consommable médical				228.34
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie		300.00

CLINIQUE RACHIDI
 43, Fd. Rachidi - Casablanca
 Tel: 05 22 29 43 35 / 37
 Fax: 05 22 22 03 57

NOTE D'HONORAIRES

Le : 05/03/2024

Références 158 093 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/03/2024 - 05/03/2024

Le Dr. BENNIS RACHID

présente à Mr MTIRI MJIDOU SAID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
700.00 Dhs SEPT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. BENNIS Rachid
Anesthésiste Réanimateur
43, Bd. Rachid Casablanca
INPE : 091026633

Cachet et signature

NOTE D'HONORAIRES

Le : 05/03/2024

Références 158 093 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/03/2024 - 05/03/2024

Le Pr. KADIRI FATMI 2

présente à Mr MTIRI MJIDOU SAID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
2 200.00 Dhs DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. KADIRI Mohamed EL FATHI
Professeur ORL Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructrice
Angéologie et Chirurgie de la Main et des Mains
Tél.: 05 22 23 30 27 - 05 22 23 63 00
INPE : 091033779

Dr. KADIRI Mohamed EL FATHI
Professeur ORL Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructrice
Angéologie et Chirurgie de la Main et des Mains
Tél.: 05 22 23 30 27 - 05 22 23 63 00
INPE : 091033779

Cachet et signature

CLINIQUE RACHIDI
OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE
43 bd RACHIDI

Tel 022 22 1^{er} 96
Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : MTIRI MJIDOU SAID		
Chambre : NA		
Médecin traitant	KADIRI FATMI 2	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	05/03/2024	
Date sortie	05/03/2024	15:23
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : HAMMAD 05/03/2024 16:13		158093

*CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 22 41 36 / 37
Fax: 05 22 22 03 57*

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

Diplômé de l'Université de Bordeaux

Casablanca, le : 05/03/2024

CLINIQUE RACHIDI

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et prénom : Mr. MTIRI SAID MJIDOU

Date de naissance : 01/06/1947

Chirurgien : Professeur Fatmi KADIRI

Anesthésiste : DR R. BENNIS

Date de l'intervention : 05/03/2024

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MOTIF :

INTERVENTION :

Patient opéré pour Thème
maladie de Cœur bénigne
lancé pour correction dirigée
os crâneux à une nécessité
d'abord de corriger sur l'angle local
- Ainsi la tête locale sur l'angle
de transfert à fédale fait
pour corriger d'une perte de substance
du cœur bénigne avec D.C.M.
et absence de correction
de la tête -



Angle Bd. Abdelloumen et Bd. Anoual Résidence Mawlid IV Entrée A 3^{ème} Etage A31 Casablanca
Tél. : 05.22.23.30.27 – Tél/Fax : 05.22.23.63.98



CLINIQUE RACHIDI
otoneuro-ophthalmologie

NEUROCHIRURGIE - NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C 02 - ARGON-LASER
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLÉAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SAMU

Cavitation de Re 20/2/24

جراحة مخenes الرأس والدماغ و العصب المحي
جراحة الأنف والحنف و المخجر
جراحة الوجه و العين
جراحة أمراض العور
العظام الصناعي و الحروجي
جراحة الأذن
جراحة العصب الشمالي (أذن)
زرع قوقعة الرأس
التشخيص و العلاج
الدار البيضاء

مصحة
الراشدي
مصحة الراشدي

Re 20/2/24

Mr MARRI SMID Mytah

reprise Epilepsie

Lambour local

Pr Bloc : Ptenuel 28/2/24

SL + fleur de sel

Mechanqi El Hachemi
Professeur
Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstrutive de la Face
Anas Al Andaloussi 434 Avenue Res. Mawali
Casablanca 22220 027 / 0522 22 83 92
tel : 0522 22 12 96

Reporté au

Mardi 08/03/24

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA
CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 Patente: 35504150
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/ 37
Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43 شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 رقم التعريف : 01020458 س.ت : 74087 البناء 35504150
الهاتف : 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96
الفاكس : www.cliniquerachidi.com - 05 22 22 03 57

Docteur KADIRI Mohamed EL FATIMI

Professeur

Ancien Chef de Service

ORL - Chirurgie Maxillo - Faciale

Chirurgie Plastique et Reconstructrice de la Face

Ex. Enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca

Ancien Directeur du Diplôme

Universitaire du Ronflement

Diplômé de l'Université de Bordeaux

الدكتور القادي محمد الفاطمي

أستاذ

رئيس مصلحة سابقا

أمراض الأنف والأذن والحنجرة

جراحة الفك والجراحة التقويمية للوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

مدير سابق لدبليوم الشخير

دبليوم من جامعة بوردو

Casablanca, le : ٠٥ ٠٣ ٢٠١٤ الدار البيضاء في :

(Mr - Mme - Enfant : Mme Sadi Mjed)

١٩٦,٦٠

- FLOXAM gélule 500 mg
1 gél x 3 j p 8 j

- Dofastop 500 mg

١٠,٩٠ ١cp x 3j



Dolostop® 500 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 031420

Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI
Professeur
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructrice de la Face
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Rés. Mawlid IV
Tél : 05.22.23.30.27 / 05.22.23.63.98

Pharmacie EL ANADEZ
Mme H. EL ARAKI
Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual
Tél : 022.36.54.38

Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, Résidence Mawlid IV Entrée A
3 ème Etage A31 - Casa - Tél.: 05.22.23.30.27- Tel./Fax: 05.22.23.63.98

١٩٦,٦٠

de des actes	Lettre clé+ cotation NGAP	Montant facturé	Signature et cachet du Médecin traitant
K 60		220000	Dr. KADIRI Monamer EL FATMI Professeur d'UCL - Chirurgie Maxillo-Faciale Chirurgie Plastique et Reconstrucive Anesthésiste Réanimateur 43 Bd. Rachid Casablanca INPE 001026633 Tél: 05 22 23 88 97 / 05 22 23 63 00 INPE 001033720
AREK 80		70000	Dr. BENNIS Rachid Anesthésiste Réanimateur 43, Bd. Rachid Casablanca INPE 001026633
Facture clinique		190000	CLINIQUE RACHIDI 43, Bd. Rachidi Casablanca Tél: 05 22 20 11 55 / 37 Fax: 05 22 22 03 57
		total 480000	

CIM-10

عمليات المساعدین الطبیین				
رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبی Signature et Cachet du Paramédical
S				

Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Date des actes	Code des actes	cotauon NGAP / NABM	facturé	Biogiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Signature et Cachet des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux tournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
5/03/2004	126,60	Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Abdelkiff Ben Kaddour INPE 002023027
		Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Abdelkiff Ben Kaddour 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

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 وكل 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 الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب 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 طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	بـ الإجباري Direction de
Feuille de Soins Maladie		Réf. - 611
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة *	<input type="checkbox"/> تنفيذ *	
<input type="checkbox"/> Entente préalable *	<input type="checkbox"/> Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : M T I R I S A T I M J I D O Y

N° Immatriculation : 11918165682

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint نوج Enfant

Adresse : 21, Rue Nagib Mahfouz - Casablanca

Montant des frais : 4926,00 درهم

Nombre de pièces jointes : 6

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Dr. KADIRI Mohamed ET FATMI

Date de naissance : 1961-01-01

N° CIN: 11111111111111

Sexe* : ذكر M أنثى F

INPE et code à barres ** 091033779

Dr. KADIRI Mohamed ET FATMI

Médecin traitant Chirurgie Maxillo-Faciale

Chirurgie Plastique et Reconstructive

طبيب المعالج 3ème étage, Hôpital Dr. Abdellatif Ben Ayed, Casablanca, Maroc

Tél: 05 22 23 30 27 / 05 22 23 63 00

INPE: 091033779

Etablissement de soins CLINIQUE RACHID

المؤسسة العلاجية 45, Bd. Rachid - Casablanca

Tél: 05 22 29 48 26 / 37

Fax: 05 22 22 03 57

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Fait à : Le : 11/03/2024

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Fait à : Le : 11/03/2024

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Le : 11/03/2024

توقيع المؤمن له Dr. KADIRI Mohamed ET FATMI

الطبب المعالج أو المؤسسة الصحية