

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

M22- 0013242

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Reprise
Nom & Prénom : ABDELATIF HAFIDI
Date de naissance : 19/07/56
Adresse : 39 LOT AIN TOUB 2 CASABLANCA
Tél. : 0661 194676 Total des frais engagés : 300 + 252,80 + 1253,30 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 : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : 02 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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'Unité
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

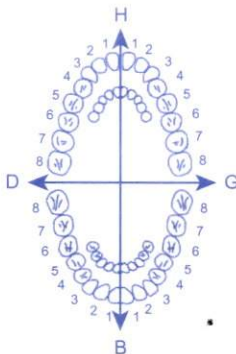
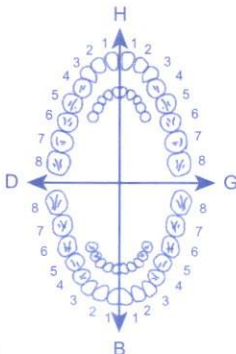
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		MONTANTS DES SOINS																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir 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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

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 ستمين (60) يوما من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.

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 رهن 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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

Date d'arrivée

تاريخ الاستلام



ورقة العلاجات المتعلفة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable

تنفيذ
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

BR/AN/101/2010

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Kharbouch, Malika

N° Immatriculation : 11111111

N° de la carte d'Identité Nationale : B1034001

Liens de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint ☐ زوجة / Enfant ☐ ابن

Adresse : 39 Boulevard Grand-Cerine, 11111111

Montant des frais : 2106,10 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins : Kharbouch, Malika

Date de naissance : 11/06/1957

N° de la carte d'Identité Nationale : B1034001

Sexe : M ☒ ذكر / F ☐ أنثى

Identification du Médecin traitant

N° INP : 090011301

Type de soins : Maladie

Pli confidentiel remis : Oui ☐ Non ☐

Maternité : ☐

Date de grossesse : 11/06/1957

Date prévue d'accouchement : 11/06/1957

Hospitalisation : ☐

Date d'hospitalisation : 11/06/1957

Accident : ☐

Date d'accident : 11/06/1957

Causes : 11/06/1957

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casa

Le : 11/06/2023

Signature de l'assuré(e)

Signature du Médecin traitant

Cachet et Signature du Médecin traitant

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

www.cnss.ma - الهاتف : 05 22 54 86 73 - الفاكس : 05 22 54 86 07 - المعلقة : 05 22 54 86 01 - البريد الإلكتروني : cnss.ma

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 05 22 54 86 01 - Fax : 05 22 54 86 07 - Web : www.cnss.ma

Description des actes effectués					وصف العمليات
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
22/06/2023	C				Dr KARIM CHERKAOU RD. Med Endocrinologie
27/06/2023	C			300,00	Dr KARIM CHERKAOU RD. Med Endocrinologie

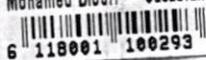
CIM-10

Actes Paramédicales					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
INP : []					
INP : []					
INP : []					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الأحياء 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	توقيع وطابع الأحياء الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
23.06.2023		B120		252,80	
INP : []					
INP : []					
INP : []					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرح الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو تجميع التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
27/06/2023	4853,30	PHARMACIE Dr KHARBOUCH M. M. A. 92, Rue M. Adonis Sidi Mouham. Casablanca Tel. 05-22 70 36 59	
INP : 082018282			
INP : []			
INP : []			

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

Maphar
 Bd Alkima N° 6, Qi,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V. : 167,00 DH



6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkima N° 6, Qi,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V. : 167,00 DH



6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkima N° 6, Qi,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkima N° 6, Qi,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V. : 167,00 DH



6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkima N° 6, Qi,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V. : 185,70 DH



6 118001 183111

Maphar
 Bd Alkima N° 6, Qi,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V. : 167,00 DH



6 118001 183111

Solupred® 20 mg
 20 Comprimés
 effervescents



6 118000 060536

AZIX® 500 mg
 Azithromycine
 3 Comprimés sécables



6 118000 040941

AZIX® 500 mg
 Azithromycine
 3 Comprimés sécables



6 118000 040941

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés
 PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés
 PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés
 PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés
 PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés
 PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés
 PPV 87DH50

عيادة أمراض القلب والشرابين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

Dr. Karim CHERKAOU
CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de médecine
PARIS V et VI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Cardiologue à la C.N.S.S.



الدكتور كريم الشرفاوي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج جامعة الطب بباريس V و IV

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابقا بمصحة الضمان الإجتماعي

ORDONNANCE

Casablanca, le 27/06/2023... الدار البيضاء

87,50 x 61 K HARBOUCH MAÏKA
Nahel
167,00 x 4 1/4
185,70 x 2 1/4
Gustor 10 cc
1cp
79,70 x 2
Azir (25)
48,70 1cp
Slepus 20
40,40 x 2 3cp/8
Metosquas 1/2 (25)

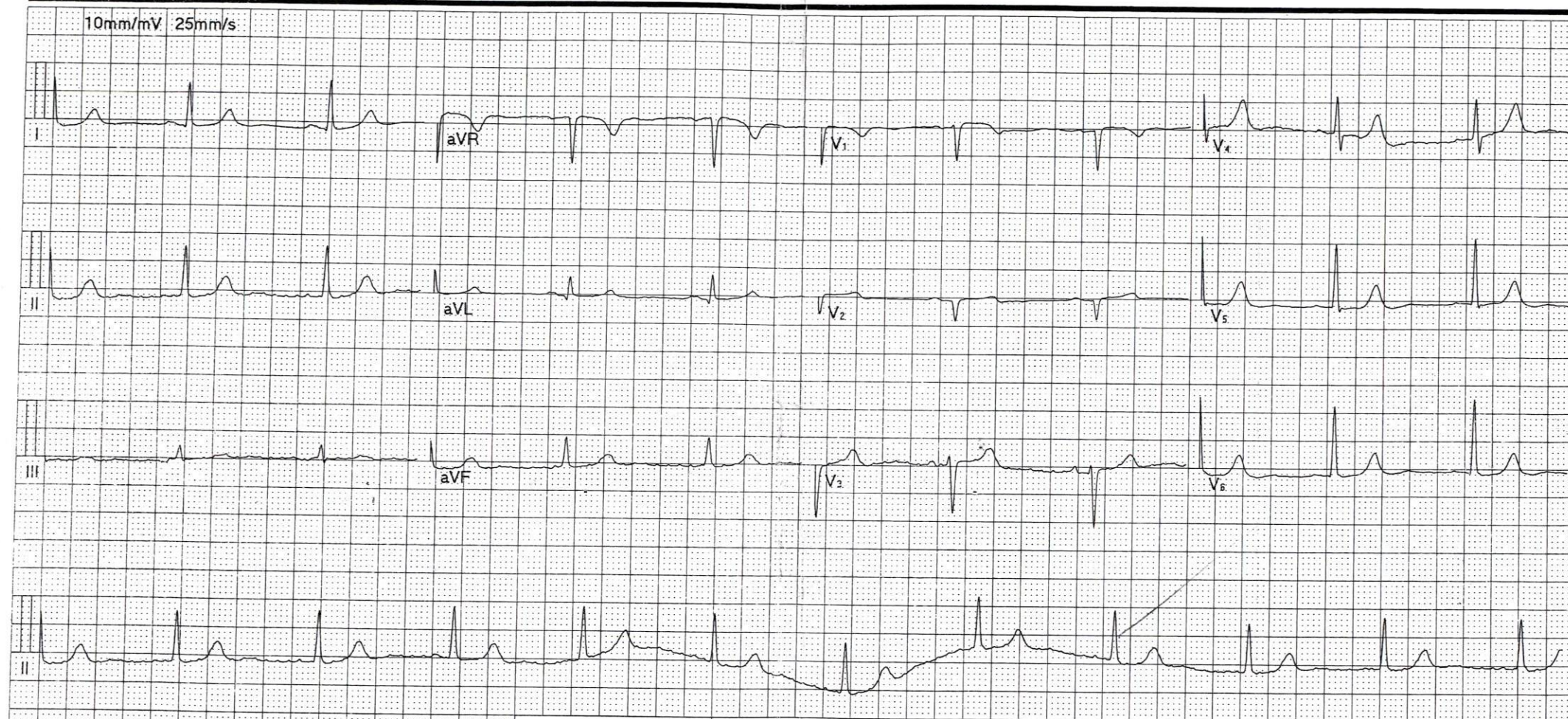
شارع محمد الدرة، إقامة الحمد عمارة ب III ب، الطابق الثاني رقم 3، عين السبع، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 34 27 08 - 05 22 34 27 09
Boulevard Mohamed Eddourra, Résidence El Hamd Imm BR III B, 2 Etage N° 3-Ain Sebaâ - Casablanca Tél: 0522 34 27 08- Fax: 0522 34 27 09

URGENCES

0660.79.81.90

الإستعجالات

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz

Intervalle PR : 102 ms

Durée Echantillon :17 s

Intervalle QT : 437 ms

FC :

61 bpm

Intervalle QTc : 440 ms

Durée P :

72 ms

Axe P : 0.2°

Durée QRS :

99 ms

Axe QRS : 40.6°

Durée T :

308 ms

Axe T : 40.3°

Suggestion :

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin:

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50 ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 23 juin 2023

Madame KHARBOUCH MALIKA

FACTURE N°	359490
------------	--------

Analyses :

Chimie : Cholestérol total -----	B	30	
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	Total : B 170

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	252,80 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Cinquante Deux Dirhams et Quatre vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE



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 : 11/07/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 155348822 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 11/07/2023 : إلى : 11/07/2023
أداءات الفترة

المرسل إليه Destinataire

KHARBOUCH MALIKA

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	اساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro 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
KHARBOUCH MALIKA											
131059299	22/06/2023	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	11/07/2023	175,00
131059299	22/06/2023	CG	CARDIOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	11/07/2023	0,00
131059299	22/06/2023	PH	PHARMACIES D	1853,00	0,00	1,00	17,00	0,00	0,00	11/07/2023	1211,49
131059299	22/06/2023	B	OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES	252,80	187,00	170,00	1,00	187,00	70,00	11/07/2023	130,90
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1517,39
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1517,39

- 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 الوضمان على الأرقام

ORDONNANCE

DR. KARIM CHERKAOUI
CARDIOLOGUE
Ed Med Eddoua Hamm Boud
Ann Sebba Urgence 06 60 79 81 90

Cist, Le: 22/06/23.

M. KHARIZOUCH MAUKT

1) Cholest Triglyc HDL LDL

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
79 Rue de la République
Ann Sebba Urgence 06 60 79 81 90

DR. KARIM CHERKAOUI
CARDIOLOGUE
Ed Med Eddoua Hamm Boud
Ann Sebba Urgence 06 60 79 81 90