

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



Déclaration de Maladie

N° W19-510243

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 48120 Société : AN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Recharge
 Nom & Prénom : BROUCH 70 ans
 Date de naissance : 01/01/1951
 Adresse : le passage el farah hay Yamina Berrechid
 Tél. : 066378091 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2020
 Nom et prénom du malade : Zineb Samir 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 : Berrechid Le : 27/01/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

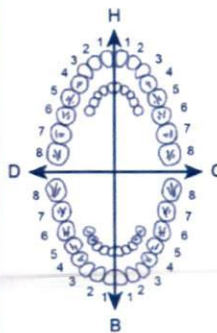
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

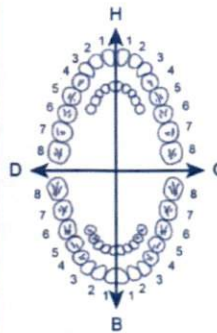
[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table><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 colspan="2">G</td></tr><tr><td colspan="2">D</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	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

الهيئة العامة للغذاء والدواء

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 المنتهية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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.

لأنه 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 للمسطرة القانونية.

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



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة 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 - Réf.

Ref: ANAM: 12010

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **زين الدين سامير**

رقم التسجيل : **145948334**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **145948334**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

العنوان : **882, 70**

مبلغ المصاريف : **882, 70** Dhs

عدد الوثائق المرفقة : **882, 70**

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : **7 MENNING SAMIRA**

تاريخ الميلاد : **11/11/11**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **11/11/11**

الجنس : **M** ذكر **F** أنثى

الرقم الوطني للتأمين والرقم المستفيد ** **INPE et code à barres**

مédecin traitant

Établissement de soins

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 : **11/11/11**

Le : **11/11/11**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **11/11/11**

Le : **11/11/11**

توقيع طبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Professeur de Médecine

Spécialité : Cardiologie

الضمان الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء - ب. 2186 - الهاتف: 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 - Téléphone : 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réservé à la D.A.M.O

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع : **11/11/11**

Date d'arrivée : **11/11/11**

تاريخ الاستلام : **11/11/11**

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé القيمة المفوترة	Tout ou partie du médicament / Signature et Cachet du Pharmacien et/ Fournisseurs des dispositifs médicaux			
28-09-2020	152,70				
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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 200292658019585	Emis à Casablanca le : 11/02/2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165948930 Règlement du mois : 02/2020 Mode de paiement : Virement	ZINEDDINE SAMIRA 10 RUE EL FARABI YASSMINA BERRECHID 2610	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référé accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZINEDDINE SAMIRA										
068102034	10/01/2020	CNP	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	60,00	1,00	1,00	60,00	70	42,00
068102034	10/01/2020	PH	PHARMACIE	258,30	258,30	1,00	1,00	258,30	70	180,81
068102034	10/01/2020	PHN	PHARMACIE	21,00	21,00	1,00	1,00	21,00	00	0,00
068102035	23/01/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
068102035	23/01/2020	B	BIOLOGIE	430,00	1,10	530,00	1,00	583,00	70	301,00
068102035	23/01/2020	PH	PHARMACIE	152,70	152,70	1,00	1,00	152,70	70	106,89
Total remboursé pour SAMIRA										735,70
Total général remboursé										735,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Date : jeudi 30 janvier 2020 التاريخ:
Heure : 14 h 50 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

ZINEDDINE SAMIRA
10 RUE EL FARABI YASSMINA
26100
BERRECHID



68102035

N° CNSS	165948930	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE484086	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	882.7 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	9 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	ZINEDDINE SAMIRA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

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 ألو الضمان على الأرقام

05 22 41 81 38

Fax

05 22-33-62-07 Tél

BERRECHID

المدينة

Ville Bd Mohamed V, 14 et 15 lot
Al Youssr

العنوان
Adresse

BERCHID

وكالة
Agence

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية والنمو
طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 23.01.2020 : الدار البيضاء، في :

Mme ZINEDDINE Samira

24,40

LEVOTHYROX 100

1 Cp/j le matin 30 min avant le repas pendant 6 mois

LEVOTHYROX 25

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 6 mois

MANIEZ 24

1 gel matin

1 gel le soir pendant 2 Mois

TARDYFERON 80 MG

1 cp / j pendant 3 Mois

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNOU YASSIN
Casablanca
Tél: 05 22 83 31

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual-et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40,50 DH

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية والنمو
طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 23/10/2009 : الدار البيضاء، في :

Mme ZINEB DINE SAMIRA

Fane - 65

Fenit nème

- TSHus.

ABDELMOUMEN
SEKKAT
Réception
Le

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Adelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr : البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 : الهاتف

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Βιοχημεία - Ηématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT.
Médecin Biologiste

Pvt du: 23/01/2020 à 8:47

Mme ZINEDDINE Samira

Edition du : 23/01/2020

Né(e) le : 13/10/1967

Dossier N° : 230120-024

Page : 1/1

BIOCHIMIE (BECKMAN COULTER AU 480)

Glycémie à jeun
(Technique : HK G6P-DH)

: 0,82 g/L
4,55 mmol/L

Valeurs Usuelles

Antériorité

(0,7 - 1,1)
(3,89 - 6,11)

HORMONOLOGIE (ACCESS II)

Ferritinémie

(Technique : Chimiluminescence (ACCESS II))

: 12,30 ng/mL

Valeurs Usuelles

Antériorité

valeurs usuelles :

Nouveau né : 50 à 400 ng/ml
1 à 2 mois : 90 à 500 ng/ml
3 à 4 mois : 40 à 250 ng/ml
6 mois à 16 ans : 20 à 200 ng/ml
Homme : 30 à 300 ng/ml
Femme < 50 ans : 20 à 150 ng/ml
Femme ménoposée : 15 à 200 ng/ml

TSH-us : Thyroestimuline-Hormone :

0,138 μ UI/ml

0,356 (04/01/20)

Interprétation:

Adultes : 0.27 - 4.9
0 - 3 jours : 5.17 - 14.6
4 - 20 jours : 0.43 - 16.1
2 - 12 mois : 0.62 - 8.05
2 - 6 Ans : 0.54 - 4.53
7 - 11 Ans : 0.66 - 4.14

LABORATOIRE SEKKAT
d'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT
Lot El Youssef II - 12 Berrechid

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 20-0616

Patient : Mme ZINEDDINE Samira

Edité le : 23/01/2020

Date prélèvement : 23/01/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30	30,00
Ferritinémie	250	250,00
TSH-us : Thyroïdostimuline-Hormone	250	250,00
Total B	530	530,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		430,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cent trente dirhams***

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le.....