

## 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° W19-515772

MD = 24224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Benaabdeni El Hachem  
 Date de naissance : 29/12/1955  
 Adresse : 104 rue Anouar Walha  
 Tél. : 066372706 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 : / /

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

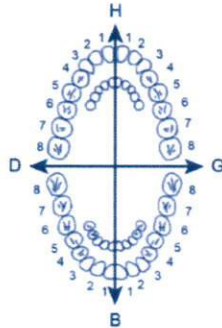
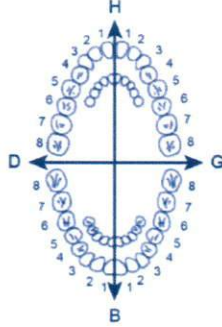


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			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.

## 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 المرسلة 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

0663 722706

<p>الضمان الاجتماعي MCOH - CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	Feuille de Soins Maladie		مراجع رقم 610-1-02
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Réf: AM: 12.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : <b>MICALE GARNI, Fatima</b>	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : <b>11311111111111111111</b>	رقم التسجيل :
N° CIN : <b>11311111111111111111</b>	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن
Adresse : <b>100 Ave Mohamed V, Dakhla - Maroc</b>	
Montant des frais : <b>0</b> Dhs	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : <b>01</b>	عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du médecin traitant	

Bénéficiaire de soins	
Nom et prénom : <b>Micale Inos</b>	
Date de naissance : <b>11/11/11</b>	تاريخ الميلاد :
N° CIN : <b>11111111111111111111</b>	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : <b>M</b> ذكر <b>F</b> أنثى	الجنس :
INPE et code à barres **	

INPE : 091184768 Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
--	--

Type de soins *	نوع العلاجات *
Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/> مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>11/11/11</b> Le : <b>11/11/11</b> أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : <b>11/11/11</b> في : <b>11/11/11</b> توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>11/11/11</b> Le : <b>11/11/11</b> أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ب : <b>11/11/11</b> في : <b>11/11/11</b> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء - ب. 2186 الدار البيضاء الحظية - الهاتف: 080 203 3333  
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Cas. Gare Téléphone: 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : <b>11/11/11</b> تاريخ الإيداع: <b>11/11/11</b>	تاريخ الاستلام: <b>11/11/11</b> Date d'arrivée: <b>11/11/11</b>

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

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>01/08/2019</p>	<p>94,0</p>	<p><b>Pharmacie PAM</b>  <b>Dr. Bouchaib ALGOUZMARI</b>  <b>37 Bis, Rue Blr Anzarane</b>  <b>AZEMMOUR</b>  <b>Tél: 05 23 34 72 90</b></p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		
<p> </p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

# 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 20 juillet 2019

Enfant MICALE INAS

FACTURE N°	297283
------------	--------

Analyses :

Cerba : Test respiratoire Helico pylori -----	B	710	Total : B 710
---	---	-----	---------------

TOTAL DOSSIER

950,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Cinquante Dirhams

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39  
Fax : 0522 29 64 86





Biologistes co-responsables : Sylvie Cado, Nesrine Day

Biologistes médicaux

H. Belaoui  
B. Caron Servan  
J.M. Costa  
M.M. Coude  
I. El Rajji Ridah  
S. Defasque  
F. Floch

A. Ganon  
S. Haim-Boukoba  
P. Kleinfinger  
I. Lacroix  
L. Lohmann  
S. Mehral Sedkaoui  
Y. Pepino

J.D. Poveda  
S. Samaan  
S. Schmit  
S. Trombert  
D. Trost (Biologiste généticien)  
M. Valduga  
L. Verdume

Médecins anatomo-cytopathologistes  
C. Bergeron (Responsable)

M. Bonnière  
S. Chanel  
Y. Elouaret  
A. Gaulier

M. Grossin  
K. Hadid  
L. Miranda

MICALE

NAS

Né(e) le 03.09.2010

Sexe : F

Dossier n° : 19Q0275000

P /w 994-101 /s 994-101

LABM M TAZI  
78 RUE D'ALGER  
20000 CASABLANCA  
MAROC

Transmis par : LABM M. TAZI  
Nos références : INMA977814 / 19G1072 04074  
Inregistré le : 23.07.2019 Edité le : 25.07.2019  
Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

TEST RESPIRATOIRE A L'UREE MARQUEE AU 13C (Spectrométrie de masse isotopique)

Prélèvement : 20.07.2019 Air expiré 10h 00

Résultat T30-T0 :

20,30 U /1000

Résultat positif

Valeur seuil: 4 U /1000

Sabine Trombert-Paolantoni (01 34 40 20 20)

Compte rendu complet

**Dr. Nezha el HATTAB EL IBRAHIMI**

Pédiatre - Allergologue  
Spécialiste en Allergologie  
Asthme de l'enfant  
Nutrition Pédiatrique  
Homeopathie

**الدكتورة نزهة الخطاب الإبراهيمي**

اختصاصية في أمراض الحفيل  
الحساسية . الربو (الضيقه) عند الطفل  
التغذية عند الطفل

Casablanca le : 19/7/19

Micole Inas

Test Respiratoire  
à HP

LABORATOIRE EL  
HAZI MOHAMMED  
ALLERGISTE  
23 Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 49 23 23  
Fax: 05 22 49 64 95

زاوية شارع مولاي يوسف وزنقة نادو الكلابيق 3 الشقة 6 بوركون (قرب رونو) - الدار البيضاء

Angle Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud (à coté de Renault) 3ème ét. - Appt 6 Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

Curtec  
Solution buvable 60 ml  
Ceftriaxone 1mg / ml



Dr. Nezha el HATTAB EL IBRAHIMI

Pédiatre - Allergologue  
Spécialiste en Allergologie  
Asthme de l'enfant  
Nutrition Pédiatrique  
Homeopathie

الدكتورة نزهة الخطاب الإبراهيمي

اختصاصية في أمراض الطفل  
الحساسية، الربو (الضيق) عند الطفل  
التغذية عند الطفل



Casablanca le : 01.04.2019

Micale Inos

Pharmacie NAM  
Rue de la Liberté  
Tél: 05 23 34 72 90

18,50

1 - Agos 15cy 30 x 2/

18,50 2 - Histacel 15cy 30 x 2/

18,50 3 - Dulcorura 9cy 30/

18,50 4 - Pollen 30 ch.

56/5

زاوية شارع مولاي يوسف وزنقة نادو الطابق 3 الشقة 6 بوركون (قرب رونو) - الدار البيضاء

Angle Bd Moulay Youssef et Rue Nadaud (à côté de Renault) 3ème ét. - Appt 6 Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

Date : mardi 10 septembre 2019 التاريخ:  
Heure : 10 h 37 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

MICALE GIOVANNI BATTISTA  
104 BRAHIM NAKHAI  
20370  
CASABLANCA



60355209

N° CNSS	131114143	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité		رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1244 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	10 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	MICALE INAS	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 للمزيد من المعلومات:

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou appelez notre serveur vocal au numéro

ou contactez 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

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال الو.ض.ج. على الأرقام

05 22 41 80 51

الفاكس

06 08 89 06 16

الهاتف

Tél

CASABLANCA

المدينة

Ville

Place du temple Immeuble

E pres du complexe med v

العنوان

Adresse

MAARIF

وكالة

Agence

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإلزامي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610 2 06 :
	<b>Référence structurée :</b> 191089868769609	<b>Emis à Casablanca le :</b> 22/10/2019	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 131114143 Règlement du mois : 10/2019 Mode de paiement : Virement	<b>MICALE GIOVANNI BATTISTA</b> <b>104 BRAHIM NAKHAI</b> <b>CASABLANCA 2037</b>	
	<b>Informations :</b> <span style="float: right;"><b>معلومات :</b></span>		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
MICALE INAS										
060355209	19/07/2019	CS	MEDECIN	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060355209	19/07/2019	B	SPECIALISTE	950,00	1,10	710,00	1,00	781,00	70	546,70
060355209	19/07/2019	PH	BIOLOGIE	94,50	20,00	1,00	1,00	20,00	70	14,00
060355208	07/09/2019	CS	PHARMACIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060355208	07/09/2019	KE	MEDECIN	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70	140,00
060355208	07/09/2019	B	SPECIALISTE	187,60	1,10	140,00	1,00	154,00	70	107,80
060355208	07/09/2019	PH	MEDECIN	110,30	30,80	1,00	1,00	30,80	70	21,56
<b>Total remboursé pour INAS</b>										<b>1 040,06</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 040,06</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان