

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : adhésion@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2284 Société : ND

Actif Pensionné(e) Autre : DRISSI KAÏTEUNI / JOUAHRI AFIFA NS 009

Nom & Prénom : DRISSI KAÏTEUNI / JOUAHRI AFIFA NS 009 Date de naissance : 02/11/60

Adresse : 52, RUE TERMIDI MAARIF CASA

Tél. : 0664 00 30 12 Total des frais engagés : 2574,75 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JOUAHRI AFIFA 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) :



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	
D	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	B	
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE 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 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 الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الالكترونية 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 تعيين المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعرض بعض الخدمات بطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التغطية 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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: _____

Date d'arrivée: _____ Date d'assistan: _____

06 64 00 30 12

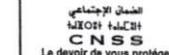
ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. - 610-1-02 مرجع رقم

Ref. ANAM : 12.01.01



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تفيد *
Exécution *

111522

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : JOUAHRI AFIYA

N° Immatriculation : 1111618181331

N° CIN :

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

Conjoint نوح

Enfant ابن

Adresse : 52, Rue Tolminy MARIF Casa

Montant des frais : 2577,75 Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : JOUAHRI AFIYA

Date de naissance : 1991-11-11

N° CIN: 1111618181381

Sexe* : M ذكر F أنثى

INPE et code à barres : 09M5123456789

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

Fait à :

Le : 19/12/2011

في : _____

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessous
الملحوظات المذكورة أعلاه
صحيحة وصحيحة

Je déclare les informations ci-dessous
الملحوظات المذكورة أعلاه
صحيحة وصحيحة

Fait à :

Le : 19/12/2011

في : _____

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

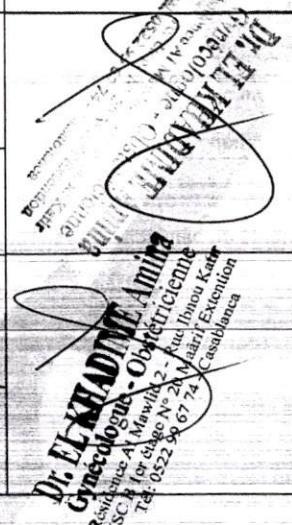
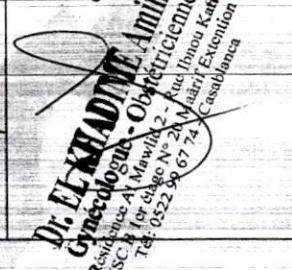
أنتبه المكان المناسب
* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من 2186 - الهاتف: 060 203 3333
CNSS_Place de DAKAR Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

11126

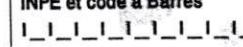
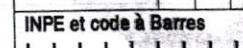
عمليات الاجياء، الاشعة والصور

توقيع وطابع طبيب الاشعة او الاجياء
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	البلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
09 11 22			250	
INPE et code à Barres 				
03 12 22	C +		250	
INPE et code à Barres 				

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	البلغ المفoter Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

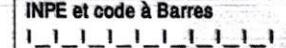
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	البلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الاشعة او الاجياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
09 11 22	ECH-0		400	
INPE et code à Barres 				
10 NOV. 2022 14/11/22	B 150 + FC K30 + 284		177,75 1200	
INPE et code à Barres 				
				Dr. N. BENJELLOUN 091023150

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النحو المفوتر Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
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
مراجع رقم :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 111688233 رقم التسجيل
Règlements de la période
du : 28/12/2022 أداءات الفترة من
au : 28/12/2022 إلى

Destinataire

JOUAHRİ AFİFA

المرسل إليها

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	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس 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
JOUAHRİ AFİFA											
94415146	09/11/2022	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	500,00	150,00	1,00	2,00	300,00	70,00	28/12/2022	210,00
94415146	09/11/2022	R402	GYNECO OBSTETRIQUE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	28/12/2022	140,00
94415146	09/11/2022	B	LABORATOIRES D ANALYSES	177,75	165,00	150,00	1,00	165,00	70,00	28/12/2022	115,50
94415146	09/11/2022	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	28/12/2022	140,00
94415146	09/11/2022	P	ANATOMO-PATHOLOGIE	300,00	300,00	272,73	1,00	300,00	70,00	28/12/2022	210,00
94415146	09/11/2022	T229	GYNECO OBSTETRIQUE	800,00	300,00	1,00	1,00	300,00	70,00	28/12/2022	210,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض						1025,50	
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي						1025,50	

- 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 أو الضمان على الأرقام

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 10-11-2022

Mme JOUAHRI Afifa

FACTURE N° A221100226

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
E1125	Traitemet échantillon sanguin	E11.25	E
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 177.75 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
cent soixante-dix-sept dirhams soixante-quinze centimes



CRR **الفحص الطبي بالأشعة الروdanی**
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDA

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 14/11/2022

FACTURE N° : FA:00 10907/22

Nom : JOUAHRI AFIFA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

MAMMO-TOMOSYNTHÈSE	900,00 Dhs
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	300,00 Dhs
Total de :	1 200,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

Dr. N. BENJELLOUN



091023150

DR. NAÏMA BENJELLOUN DEBBAGH
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDA AFIFA
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20100 - Casablanca
Tél: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax: 0522 23 50 68
e-mail: roudani.crr@gmail.com

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH
400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



IBN SINA GESTION

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél/Fax : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67
E-mail : laboibnsina@hotmail.fr

Casablanca , le 06/12/22

Date de Réception

06/12/22

JOUAHRI AFIFA

ICE :

Facture n° : 20223403

Cotation

P272

Nature du Prélèvement

FCV

Montant Net

300,00

NET A PAYER

300,00

Signé :

IBN SINA GESTION
400, Bd Brahim Roudani,
Casablanca
Tél: 0522 23 08 76 / 0522 98 48 67

Dcteur EL KHADIME Amina
Ep.Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Lauréate de la Faculté de Médecine
de STRASBOURG (France)



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم آمنة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب
ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le 09.11.22

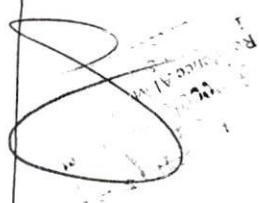
- Chirurgie Gynécologique
- Accouchement
- Echographie
- Médecine foetale
- Sénologie
- Stérilité du couple
- Coelioscopie
- Hysteroscopie
- Colposcopie

R E S U D G C A S O M S

DE 400 DH 1000

E C H O G R A P H I E

G Y N O C



إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء
Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E-mail : aelkhadime@gmail.com
Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39
Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu du : 09/12/2022

Réf : CW522S
JOUAHLI AFIFA
Adressé(e) par : Dr EL KHADIME

Reçu le : 06/12/22

Age : 62 ans

Nature du prélèvement : Frottis du col utérin en milieu liquide

Renseignements cliniques : Ménopausée. Parité : 2. Réf. ant : CW940I ;
CZ2787S, CZ5814K

Ce frottis est parvenu fixé en milieu liquide, il est technique en couche mince.

La desquamation épithéliale est riche. Elle est composée de cellules malpighiennes, à majorité parabasale. Il s'y associe des cellules intermédiaires et des cellules basales. Ces éléments sont éosinophiles ou cyanophiles, ils montrent une dysacidophilie cytoplasmique.

On note des altérations d'allure dystrophique, sans caractère atypique et sans modification du rapport nucléo-cytoplasmique.

Il n'est pas identifié de cellule cylindrique endocervicale.

Le fond comporte des nappes de polynucléaires neutrophiles mêlés à des histiocytes et à des débris d'hématies.

CONCLUSION : Aspect cytologique témoignant d'une atrophie de la muqueuse cervico-utérine.

Il n'est pas identifié de cellule cylindrique endocervicale.

Il n'est pas observé de cellule atypique.

Docteur Z. Benamour Biaz
Anatomopathologiste
Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste
LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Roudani - Tel. : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67
E-mail : laboibnsina@hotmail.fr

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 10-11-2022

Mme JOUAHRI Afifa

Code : 16100797

Référence : A221100226

Du : 10-11-2022

Prescripteur : Dr EL KHADIME AMINA

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

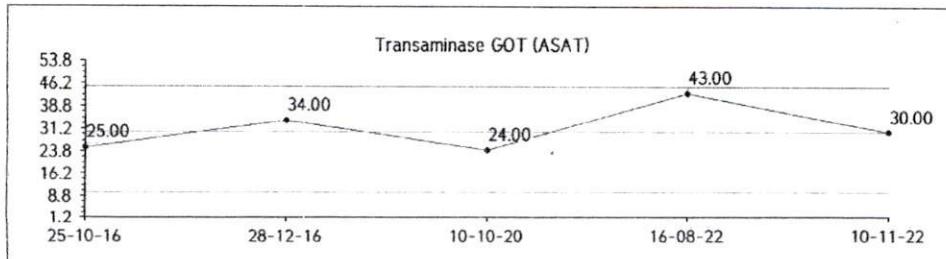
16-08-2022

Transaminase GOT (ASAT)

30 UI/L

(10-45)

43



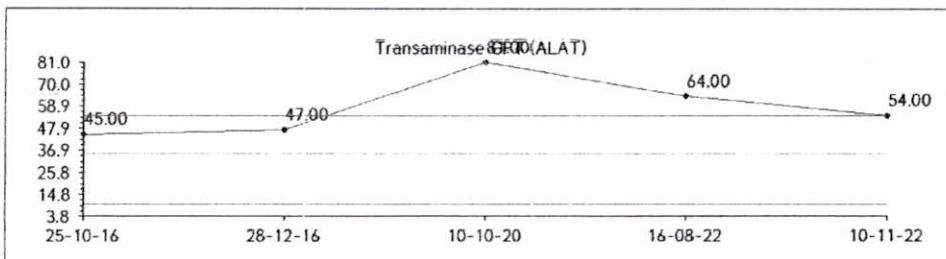
16-08-2022

Transaminase GPT (ALAT)

54 UI/L

(10-35)

64



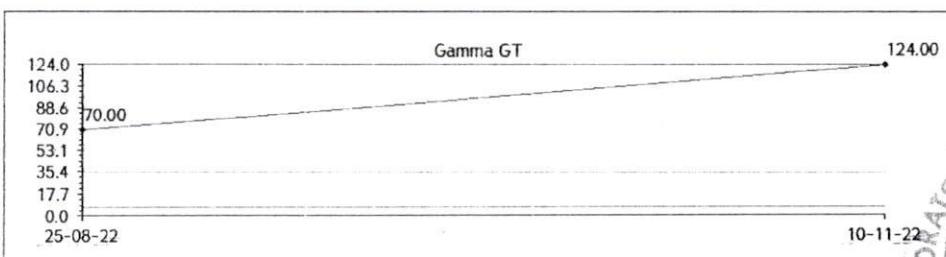
25-08-2022

Gamma GT

124 UI/L

(7-35)

70



p : 1 / 1