

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 062106

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2284 Société : ND 150009

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISSI KAITOUNI / JOUAHRI AFI FA

Date de naissance : 02.11.60

Adresse : 57, RUE TERMIJ MAARIF CAS

Tél. : 0664003012 Total des frais engagés : 2574,75 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JOUAHRI AFI FA 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) :

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

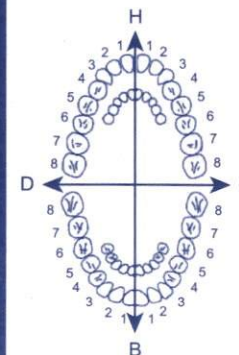
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	11433553	11433553
B		G	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

تعلیمات یجب اتباعها

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.

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 المرسلّة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترأة.

يجب تقديم وثيقة 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 التعريف الوطنية لمرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كُلٌّ مِنْ ثَبِتَ عَلَيْهِ غُشٌّ أَوْ تَصْرِيحٌ كَاذِبٌ لِلِاسْتِفَادَةِ مِنْ خِدْمَاتٍ غَيْرِ مُسْتَحَقَّةٍ، سَيُعَاقَبُ طَبَقًا لِلْمَسَاطِرِ الْقَانُونِيَّةِ.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل 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: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع:	Date d'arrivée: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام:

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

الضمان الاجتماعي
C.N.S.S.
Le devoir de vous protéger

مرجع رقم 610-1-02

Réf. ANAM : 12/01/01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : JAWAHRI AFIFA الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1111688133 رقم التسجيل :

N° CIN : B141176381 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1-

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 52, Rue TERNI MAARIF Casa العنوان :

Montant des frais : 2577,75 Dhs مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : JAWAHRI AFIFA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 10/21/11/1960 تاريخ الميلاد :

N° CIN : B141176381 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر Anni أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

Médecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins* نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثه Maladie ☒ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : 19/12/2022 ب : في :
Le : 11/11/11/11/11/11 توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : 19/12/2022 ب : في :
Le : 11/11/11/11/11/11 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- * Cocher la mention utile pour chaque case

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دأكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

101226



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 : 02/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

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

Destinataire المرسل إليه
JOUAHRI AFIFA

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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
JOUAHRI AFIFA											
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 الوضمان 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	Traitement 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 ز الفحص الطبي بالأشعة الروداني
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

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 Spirale - 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

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20100 - Casablanca
Tél: 0522 25 22 96 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04
05 22 25 13 07 / 05 22 25 50 70 - Fax: 05 22 23 50 68
e-mail: roudani@hot-mail.fr

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

Cabinet de



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب

ستراسبورغ (فرنسا)

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

Casablanca, le: 09.11.22

- Chirurgie
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hystéroscopie

- Colposcopie

REÇU DE LA SONS

DE 400 DH POUR

ECHOGRAPIE

GYNCO

RECEVU DE LA SONS
DE 400 DH POUR
ECHOGRAPIE
GYNCO

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

JOUAHRI 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

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA
Résidence Roudani 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
Roudani - Tél. 0212 522 23 08 76 / 0212 522 98 48 67
Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

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

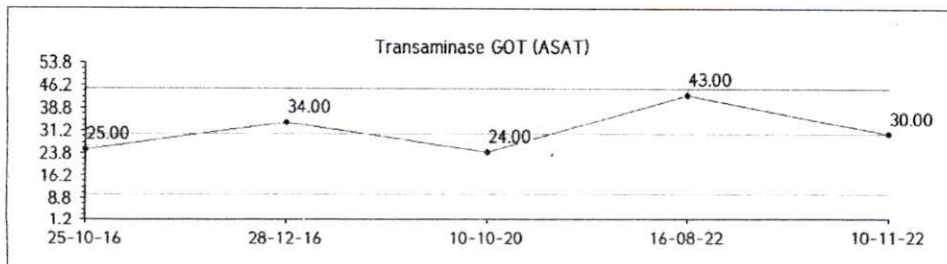
Transaminase GOT (ASAT)

30 UI/L

(10-45)

16-08-2022

43



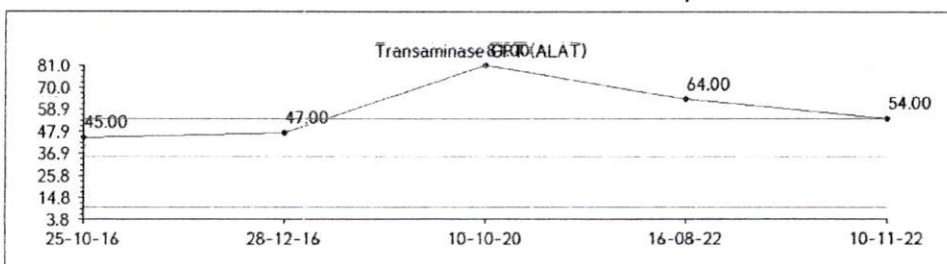
Transaminase GPT (ALAT)

54 UI/L

(10-35)

16-08-2022

64



Gamma GT

124 UI/L

(7-35)

25-08-2022

-70

