

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-562612

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1391 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOUALY Mohamed
Date de naissance : 01-01-1958
Adresse : Inane californie, saphir 4 Apt 18
Ain chock Casablanca
Tél. : 06 59 911671 Total des frais engagés : 620,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2023
Nom et prénom du malade : Ziatt Amina Age: 65 ans
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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : J. Soualy

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-562612

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1391
Nom de l'adhérent(e) : SOUALY
Total des frais engagés : 620,00
Date de dépôt :

مركز 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

copie

Casablanca, le 24/03/2023

FACTURE N° : FA:00 3043/23
Nom : ZIATT AMINA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 500,00 Dhs

CINQ CENTS DHS

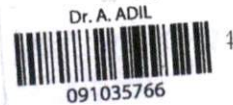
Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE CERVICALE 500,00 Dhs

Total de : 500,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342



CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
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@hotmail.fr



ورقة العلاجات المعتمدة بالمركز

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable

تنفيذ
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire
Réf. - 610-1-02 مرجع رقم

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

من بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ZIATT Amina : العائلي والشخصي : تسجيل :

N° Immatriculation : 183619729 : بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : 3229963 : القربة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

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

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : 99 rue Edouard Belin, 20100 Casablanca : ان

Montant des frais : 620,00 Dhs : غ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 5 : الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant : ربح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : ZIATT Amina : تفيد من العلاجات

Nom et prénom : ZIATT Amina : العائلي والشخصي : الازدياد :

Date de naissance : 24/03/1993 : بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : 3229963 : نس :

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى :

INPE et code à Barres : 0911191919 : م الوطني الاستدالي والرقم المشفر

Médecin traitant

Etablissement de soins

الطبيب المعالج

المؤسسة العلاجية

Type de soins

العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

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

Fait à : Casablanca : ومات المذكورة أعلاه

Le : 24/03/2023 : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré(e) : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de

Cocher la mention utile pour chaque case ب الخانة المناسبة

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

080 203 3333 : الهاتف - 2186 : الدار البيضاء المحطة - 080 203 3333 : الدار البيضاء ص - 2186 : الدار البيضاء المحطة - 080 203 3333 : الدار البيضاء ص - 2186 : الدار البيضاء المحطة

Date des actes	Code des actes	Lettre de cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du médecin traitant
24/03/23				Dr. Asmae EL KHAYAT Spécialiste En Hépatologie Et Proctologie Bureau N° 6, 22 Bd Yacoub El Manssour Tél: 05 22 23 23 23
INPE et code à Barres				
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px;"></div>				
INPE et code à Barres				
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px;"></div>				

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre de cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px;"></div>					
INPE et code à Barres					
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px;"></div>					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Date des actes	Code des actes	Cotation NGAP / NABM	Montant facturé	Signature et Cachet du Bio
24/03/23		K50	5000	Dr. Abou Rahem ADJOU
INPE et code à Barres				
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px;"></div>				

تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	ي أو ممون التجهيزات Signature et Cachet c Fournisseurs des di
INPE et code à Barres		
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px;"></div>		
INPE et code à Barres		
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 10px;"></div>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France
Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"
D.U "Maladies inflammatoires Chroniques de l'intestin"
D.U "Diététique médicale et Nutrition"
D.U "Réanimation Hépatique"



اختصاصيه امراض الكبد والجهاز الهضمي
طبيبة سابقا بمركز امراض وجراحة المخرج
مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى
أمراض وجراحة المخرج
التغذية والحمية

Casablanca, le

24/03/23

Dr Asmae EL KHADIR
Spécialiste En Hépatogastroentérologie
Et Proctologie
22 Bd Yacoub El Mansour Rés Espace El Mansour
Bureau N° 6, Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 23 35 82

Mme Ziatt Amine

1) Portax
↓ pachet a' 2j 03moip
avroucter

2) APPBex
↓ gel 1/2 m - In
03moip

* 3) Carbonyl
2gel x 2/1 30j a la demande
03moip

* 4) Digestine
2pa 2j avroucter
a la demande

* 5) Néforten 200
2pa 2j a la demande

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور مكتب رقم 6 معاريف - الدار البيضاء
22, Bd. Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA
Tél.: 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24
Email : docteur.elkhadir@gmail.com

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France
Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"
D.U "Maladies inflammatoires Chroniques de l'intestin"
D.U "Diététique médicale et Nutrition"
D.U "Réanimation Hépatique"



طبيبة سابقا بمركز امراض وجراحة المخرج
مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى
أمراض وجراحة المخرج
التغذية والحمية

Casablanca, le

24/03/23

Dr Asmae EL KHADIR
Spécialiste En Hépatogastroentérologie
Et Proctologie
22 Bd Yacoub El Mansour Rés Espace El Mansour
Bureau N° 6, Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 23 35 82

Mme Ziatt Amine

e = 65cm

c = Thyroïde de taille normale,
hétérogène, Nidge de deux formations
nodulaires kradis 2 et 3

→ Echographie
cervicale

Dr Asmae EL KHADIR
Spécialiste En Hépatogastroentérologie
Et Proctologie
22 Bd Yacoub El Mansour Rés Espace El Mansour
Bureau N° 6, Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 23 35 82

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور مكتب رقم 6 معاريف - الدار البيضاء
22, Bd. Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA
Tél.: 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24
Email : docteur.elkhadir@gmail.com



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 / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 24/03/2023

Patient **ZIATT AMINA**
Médecin traitant **DR EL KHADIR ASMAE**
Examen(s) réalise(s) **ECHOGRAPHIE CERVICALE**

COMPTE RENDU

Résultat :

Thyroïde de volume à la limite inférieure de la normale, mesurant :

- Lobe droit : 46 x 12 x 14 mm : vol 4 cm³.
- Lobe gauche : 40 x 14 x 15 mm : vol 4 cm³.
- Isthme : 3 mm d'épaisseur.

Soit un volume de 8 cm³.

Les contours glandulaires sont bien définis.

Le parenchyme présente une échogénicité normale supérieure à celle des structures musculaires environnantes.

On individualise quelques nodules dont les plus volumineux sont répartis comme suit :

*Lobe droit :

- Région médio-lobaire externe : nodule ovalaire, de contours nets, isoéchogène, siège de quelques microkystes, mesurant 5 x 3 mm : Eu-TIRADS 3.

*Lobe gauche :

- Région lobo-isthmique : nodule ovalaire de contours nets, isoéchogène, siège de zones microkystiques, mesurant 8 x 4 x 6 mm (vol 0, 12 cm³) : Eu-TIRADS 3.

- Région polaire inférieure : nodule ovalaire de contours nets, solido-kystique, isoéchogène, mesurant 7 x 6 x 6 mm (vol 0, 13 cm³) : Eu-TIRADS 3.

Absence d'hypervascularisation parenchymateuse.

Absence d'adénomégalie cervicale.

Aspect discrètement hétérogène des glandes sub-mandibulaires surtout du côté droit, siège de quelques septas hyperéchogène, normoperfusée au doppler couleur.

Glandes parotides paraient d'aspect normal.

Au total :

Thyroïde volume normal, d'échogénicité normale, normoperfusée au doppler, siège de quelques nodules bilatéraux classés Eu-TIRADS 3.

Aspect hétérogène des glandes sub-mandibulaires : séquelles de sub-mandibulite ?

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL*



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 : 14/04/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation	183619729	رقم التسجيل	ZIATT AMINA
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 14/04/2023	: من		
au : 14/04/2023	: إلى		

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	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
ZIATT AMINA											
98168768	24/03/2023	PH	PHARMACIES D	120,00	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	14/04/2023	35,42
98168768	24/03/2023	ECHO	OFFICINES RADIOLOGIE	500,00	200,00	1.00	1,00	200,00	77,00	14/04/2023	154,00
Total remboursé			مجموع مبلغ التعويض								189,42
Total général remboursé			مبلغ التعويض الاجمالي								189,42

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو تسيان

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



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 : أصنرب
Le : 24/03/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 183619729 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 22/03/2023 : إلى
au : 22/03/2023 : إلى

المُرسل إليه Destinataire

ZIATT AMINA

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	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
ZIATT AMINA											
114248067	01/03/2023	CSC	CARDIOLOGIE	250,00	250,00	1,00	1,00	250,00	77,00	22/03/2023	192,50
114248067	01/03/2023	PH	PHARMACIES D	531,00	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	22/03/2023	408,87
114248068	14/03/2023	PH	OFFICINES PHARMACIES D	679,00	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	22/03/2023	111,50
114248068	14/03/2023	B	OFFICINES LABORATOIRES D	2900,00	2970,00	2700,00	1,00	2970,00	77,00	22/03/2023	2233,00
114248068	14/03/2023	ECHO	ANALYSES GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	77,00	22/03/2023	154,00
114248068	14/03/2023	CS	GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	22/03/2023	115,50
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											3215,37
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											3215,37

- 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