

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 : 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° P19- 053029 SN

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253 Société : RAM 120193
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUDOUCH HASSAN
Date de naissance : 10-04-1955
Adresse : 85 Lot Epinal Apt 4 Maarif Extension
Casablanca
Tél. : 0614 030343 Total des frais engagés : 1471,32 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/5/23

Nom et prénom du malade : EL OVARRAI Khadija Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : S.D. de l'extension

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 : 26/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/5/23	C		C	

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				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 :

Veillez 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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.	
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية, فواتير, نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).	
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.	
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.	
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.		يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية, ماعدا حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف حدود ستين (60) يوما من انتهاء العلاج.	
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.	
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.	
L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.		الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السني الوجهي ضرورية.	
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.		كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة, سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.	
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		حق التعويض 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 :		تاريخ الإيداع:	
Date de dépôt du dossier :		تاريخ الإستلام:	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
موافقة مسبقة Entente préalable*	تنفيذ Exécution*	مرجع رقم: 610-1-02	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)			
Nom et prénom : EL OUARART KHADIJA		الإسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 11191015810		رقم التسجيل :	
N° de la carte d'Identité Nationale : 161740744		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوجة Enfant <input type="checkbox"/> ابن		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*	
Adresse : 35 lot epinal ET 61 APPEL Résalt extension		العنوان :	
Montant des frais : 447,32 Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins Nom et prénom :		المستفيد من العلاجات الإسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الميلاد :	
N° de la carte d'Identité Nationale :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس :	
Identification du Médecin traitant نصريح الطبيب المعالج			
N° INP : 084274558		الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :	
Type de soins نوع العلاجات			
Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/>	مرض : لأطفال أقل من 12 سنة <input type="checkbox"/>	Pli confidentiel remis* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	تم تقديم الطرف المغلق :
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة : <input type="checkbox"/>	Date de grossesse :	تاريخ الحمل :
		Date prévue d'accouchement :	التاريخ المرتقب للولادة :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء : <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation :	تاريخ الإستشفاء :
Accident* <input type="checkbox"/>	حادثة : <input type="checkbox"/>	Date d'accident :	تاريخ الحادث :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casa Le : 14/10/2014 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'Assuré(e)		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à :	
Cachet et Signature du Médecin traitant on de l'Etablissement de soins		Cachet et Signature du Médecin traitant on de l'Etablissement de soins	
* INP : Identification Nationale du Praticien * Cocher la mention utile pour chaque case			



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 : 16/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 119015850 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 16/06/2023 : إلى
au : 16/06/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه

EL OUARRARI KHADIJA

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 الاداء	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 rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL OUARRARI KHADIJA											
73709126	23/05/2023	CG	MEDECINE INTERNE	0,00	0,00	1.00	1,00	0,00	70,00	16/06/2023	0,00
73709126	23/05/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	1471,32	547,80	498.00	1,00	547,80	70,00	16/06/2023	383,46
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											383,46
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											383,46

- 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

وصف العمليات المجرة					Description des actes effectués	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
23-5-23					Dr. F. EL OUARRARI Méd. Ch. - N° 1111 Tél: 06 99 87 87 85	

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicales	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
					Mme EL OUARRARI Khadija Dossier : h0530007 / Date 30.05.2023 Total B: 498 / Dossier : 1471,32DH B 250 B 200X 600B 18B 30	
					LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES 11-13 Rue Houcine BEN ALI CASABLANCA - Tél: 05 22 27 84 84	

رد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		

CLOUDON

LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A. TOUIMI BENJELLOUN

Pharmacien Biologiste
Docteur d'Etat en Pharmacie
Professeur Agrégé de Biochimie
de la Faculté de Nancy

Docteur J. TAZI SIDQUI

Anatomo-cytopathologiste
de la Faculté de Paris VI
Ancien Maître-Assistant
C.H.U. de Rabat

Y. TOUIMI BENJELLOUN

Ep. TAHIRI

Pharmacien Biologiste
de l'Université Libre
de Bruxelles

Membres  International

Dossier N° **h0530007**

Mme le Docteur RAOUFI HAJAR
BD ABOU BAKR EL KADIRI
CASABLANCA

Madame **EL OUARRARI Khadija**
85 LOT EPINAL ETG 1 APP 4
MAARIF
CASABLANCA

Patiente née le 10.01.1967 56 ans

Prélevé le 30.05.2023 à 10h19

Edition du 30 Mai 2023

EXAMENS TRANSMIS

Ac anti-récepteur de la TSH (TRAK)

Dr A. TOUIMI BENJELLOUN

PAGE 2 / 2

Coupon LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A. TOUIMI BENJELLOUN

Pharmacien Biologiste
Docteur d'Etat en Pharmacie
Professeur Agrégé de Biochimie
de la Faculté de Nancy

Docteur J. TAZI SIDQUI

Anatomo-cytopathologiste
de la Faculté de Paris VI
Ancien Maître-Assistant
C.H.U. de Rabat

Y. TOUIMI BENJELLOUN

Ep. TAHIRI

Pharmacien Biologiste
de l'Université Libre
de Bruxelles

Membres **uni** **bio** International

Dossier N° **h0530007**
Mme le Docteur RAOUFI HAJAR
BD ABOU BAKR EL KADIRI
CASABLANCA

Madame **EL OUARRARI Khadija**
85 LOT EPINAL ETG 1 APP 4
MAARIF
CASABLANCA

Patiente née le 10.01.1967 56 ans

Prélevé le 30.05.2023 à 10h19
Edition du 30 Mai 2023

HORMONOLOGIE

Thyroxine libre (T4L)
(COBAS 6000 - ROCHE)

1,12 ng/dl

Valeurs de référence
(0,93-1,70)

Antériorités
10.08.22
1,56

TSH Ultra-sensible
(COBAS 6000 - ROCHE)

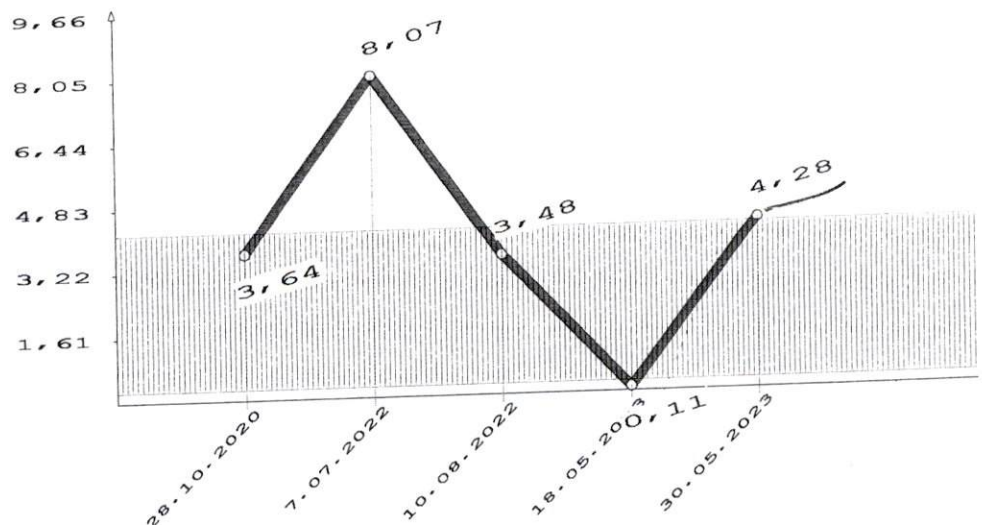
*

4,28 mUI/l

(0,27-4,20)

18.05.23
0,11

Interprétation: - Euthyroidie : de 0,27 à 4,2 mUI/l
- Hypertyroidie : < 0,15 mUI/l
- Hypothyroidie : > 7,00 mUI/l



Dr A. TOUIMI BENJELLOUN

PAGE 1/2

JC. AZOULAY	L. DRUART	M. HERVO	X. NAUDOT	L. RAYMOND
A. BARBRY	T. DURAND	L. JASSERAND	M. NOUCHY	O. ROUALDES
T. BENQUEY	A. EBEL	V. LE	A. OUIZE	C. SAULT
C. BOURDIN	D. ENGERAND	L. LEFLEM	G. PANTEIX	B. SCHUBERT
C. BOUZ	ME. FORAY	A. LIQUIER	L. PELLEGRINA	D. SCIORTINO
E. CART-TANNEUR	A. FORCE	A. MARCILLY	G. PERAZZA	A. SOARES
C. COIGNARD	B. GERARD	N. MEKNACHE	A. PETIT	L. STROMPF
N. COUPRIE	L. GUIIS	J. MORTREUX	I. PETIT	JM. VANDERNOTTE
H. DESSUANT	H. HAJJI	ME. NAUD	B. QUILICHINI	X. VANHOYE

AUTORISATIONS : Activités de diagnostic prénatal ; analyses de cytogénétique, y compris moléculaire ; analyses de génétique moléculaire ; analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses y compris de biologie moléculaire ; analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels ; Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou de son identification par empreintes génétiques ; Activité biologique d'assistance médicale à la procréation ; Autorisation de détention et/ou d'utilisation de sources de rayonnements ionisants à des fins de médecine nucléaire.

Dossier : 20803 **35777-31.05.23**

Enregistré le 31 Mai 2023, à 13h39

Edité le 01 Juin 2023, à 12h53:

Transmis par : LAB D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

Références : **h0530007 h0530007**

MA029 - C - 2080335777

LAB D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

Drs TOUIMI BENJELLOUN-TAHIRI

11-13 Rue Houcine Ben Ali

21000 CASABLANCA-MAROC (F)

Exemplaire destiné au correspondant

Résultat d'analyse : **Madame EL OUARRARI, KHADIJA**

Née le 10 Janvier 1967, âgée de 56 ans

Prélèvement du **30 Mai 2023 à 10h19**



ACCREDITATION
N° 8-1100
Liste des sites accrédités
et portée disponibles sur
www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés par le symbole # sont couverts par l'accréditation.

IMMUNOLOGIE Auto-Immunité

■ Anticorps anti-récepteur de la TSH (CMIA - Alinity® ABBOTT)

● < 1,26 UI/L

Valeurs de référence : < 3,10 UI/L

Compte tenu de la précision de la méthode autour du seuil de positivité,

les résultats entre 2,80 et 3,50 UI/L doivent être interprétés avec précautions.

Tout résultat doit être confronté au contexte clinique, thérapeutique ainsi qu'au bilan thyroïdien.

** Attention changement de technique, de réactif et de valeurs de références au 15/05/2023.

Interlocuteur : L. Guis-Cabanne, N. Meknache - Réalisé par Biomnis IVRY - Validé par : Dr Laurence GUIIS-CABANNE

Dossier complet


François CORNU

La présentation de nos résultats a changé : désormais, chaque analyse est suivie de la mention « validé par », qui vaut signature informatique du biologiste concerné.

Dr Hajar RAOUFI

Spécialiste en Médecine Interne

Lauréate de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca

Maladies de système

Maladies auto immunes

Rhumatismes inflammatoires (biothérapies)

Maladies des os et des articulations

Check-up



الدكتورة هجر رؤوفي

أخصائية في الطب الباطني

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الأمراض الباطنية

أمراض المناعة الذاتية

أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

الفحص العام

ORDONNANCE

Casablanca, le: 23 / 5 / 23 -

EL OUARRARI Khadija

- TSH_{us} - T_{4L}

- Ac anti R_eTSH_{us}

بعد أسبوع

Dr. Raoufi Hajar
Spécialiste en
Médecine Interne
Tél: 06 94 49 82 85

**LABORATOIRES D'APPLICATIONS
SCIENTIFIQUES**
11-13, Rue Houcine BEN ALI
CASABLANCA - Tél: 05 22 27 64 84

Mme EL OUARRARI Khadija

Ddn 10.01.1967 / F

Nr dossier : h0530007 /



pour scan en flot ordonnance