

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUDOUCH HASSAN

Date de naissance :

10-04-1955

Adresse :

85 Lot Epinal Apt 4 Mansif Extension

Casablanca

Tél. :

0624 03 03 43 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 QARAAJI Khadija Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Sœur

Conjointe

Age: 30

Nature de la maladie :

Sd

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 : 26/07/2023

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
23/5/13	C		G	

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
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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, résultats des examens de radiologie et/ou du laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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 un 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.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.

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.

Signature et timbre de l'Agence

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
 يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل الشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية ماضية حالات العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف حدد ستين (60) يوماً من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبلدة السنية والتقويم السنوي الوجه ضرورة كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع:

Date d'arrivée : تاريخ الاستلام:



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. : 610-1-02

Ref:ANM:1.2.01-01

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL OUARRA RT KHADIJA
N° Immatriculation : 14190145810

N° de la carte d'Identité Nationale :

العنوان :
العنوان :
مبلغ المصروف :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
Conjoint ذكر إناث Enfant

Adresse : 85 lot epinal E.T.G.1 APP.4 Res Alt extention Maafif

Montant des frais : 147739 Dhs.

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

نوع العلاجات :

نوع العلاجات :

نوع العلاجات :

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° de la carte d'Identité Nationale :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

Identification du Médecin traitant

الرقم الوطني المستدلالي للممارس:

نوع العلاجات :

نوع العلاجات :

نوع العلاجات :

N° INP

Type de soins

تم تقديم الظرف المغلق :

نوع العلاجات :



الضمان الاجتماعي
CNS

**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 :

صفحة

Page 1 / 1

المؤمن إليه

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

Destinataire

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 استقدتم 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
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					
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 بالمحبب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

وصف العمليات المجرأة						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
23-5-23				G		

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical	
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						

العمليات الإحياء الأشعنة والصور						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
					<p>Mme EL OUARRARI Khadija Dossier : h0530007 / Date 30.05.2023 Total B: 498 / Dossier : 1471,32DH B 250 B 200X 600B 18B 30</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES 11-13 Rue Houcine BEN ALI CASABLANCA - Tel: 05 22 27 04 84 </div>	
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						

الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

Coudon

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 RAOUI F HAJAR
BD ABOU BAKR EL KADIRI
CASABLANCA

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

Patiene 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

Coudon

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 International**

Dossier N°**h0530007**

Mme le Docteur RAOUIFI HAJAR
BD ABOU BAKR EL KADIRI
CASABLANCA

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

Patiene née le 10.01.1967 56 ans

Prélevé le 30.05.2023 à 10h19

Edition du 30 Mai 2023

HORMONOLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

10.08.22

1,56

Thyroxine libre (T4L)

(COBAS 6000 - ROCHE)

1,12 ng/dl

(0,93-1,70)

18.05.23

0,11

TSH Ultra-sensible

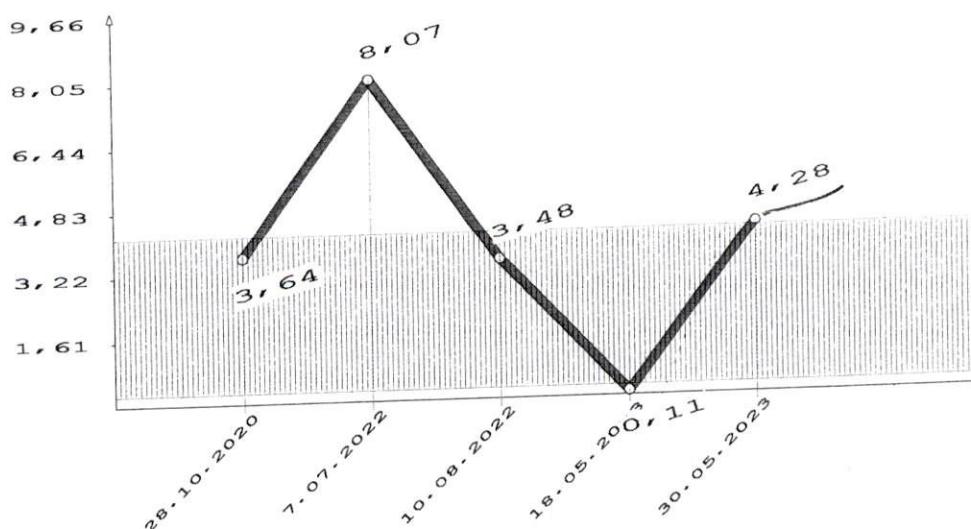
(COBAS 6000 - ROCHE)

*

4,28 mUI/l

(0,27-4,20)

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



Dr A. TOUIMI BENJELLOUN

PAGE 1/2

Biogiste responsable : François CORNU		Biologistes médicaux :	
J.C. AZOULAY	L. DRUART	M. HERVO	X. NAUDOT
A. BARBRY	T. DURAND	L. JASSERAND	O. NOUCHY
T. BENQUEY	A. EBEL	V. LE	A. OVIZE
C. BOURDIN	D. ENGERAND	L. LEFLEM	G. PANTEIX
C. BOUZ	M. FORAY	A. LIQUIER	L. PELLEGRINA
E. CART-TANNEUR	A. FORCE	A. MARCILLY	G. PERAZZA
C. COIGNARD	B. GERARD	N. MEKNACHE	A. PETIT
N. COUPRIE	L. GUIS	J. MORTREUX	I. PETIT
H. DESSUANT	H. HAJJI	ME. NAUD	B. QUILICHINI
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

Édité 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 Hocine 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 GUIS-CABANNE

Dossier complet

F. cornu
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 رؤوفى

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 S 23 -

El Ouarrari Khadija

- TSH_{hs} - T_{uL}
- Ac anti Rx TSH_{hs}

بعد أسبوع

Dr. Raoufi Hajar
Spécialiste en
Médecine interne
Tel.: 05 22 27 64 84

**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

شارع أبي بكر القاديри، مكاتب بانوراما، عمارة 13 الطابق 3 مكتب 15 سيدى معروف - الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Panorama Offices, Imm 13, 3^{ème} étage Bureau N°15, Sidi Maarouf - Casablanca

05 22 10 30 45 - 06 94 49 82 85 raoufi.hajar@gmail.com