

# 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.

M23-U021705

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3783	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	174564
Nom & Prénom :		L.AHDIR Souad	
Date de naissance :			
Adresse :		Residence Al Taghazout C - N° 7 El Fassine, Bourassa, CASA	
Tél. :		0691968546	Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

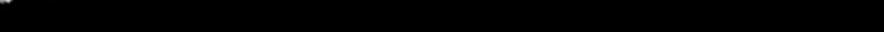
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 :**

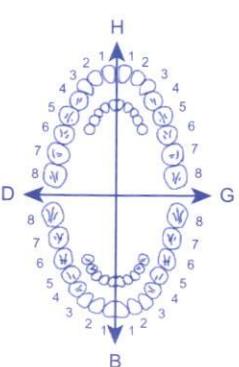
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## **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 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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un 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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

**يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).**

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

**يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.**

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصنف 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تُعْرِضُ بعْضُ الْخَدْمَاتِ يَظْلِمُ رَهْبَنَا بِطْلِبِ الْمُوافَقَةِ الْمُسْكِيَّةِ.  
لَا تَحْلُّ هَذِهِ الْخَدْمَاتُ مَوْفَرَةً لِدِي جَمِيعٍ وَكَالَّاتِ الصِّنْدُوقِ  
الْوَطَنِيِّ لِلضَّمَانِ الْإِجْتِمَاعِيِّ.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير  
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع و طابع الوكالة

**Cachet et signature de l'Agence**

**Identification de l'agent :** \_\_\_\_\_

**Date de dépôt du dossier :** \_\_\_\_\_ **تاریخ الإيداع:** \_\_\_\_\_

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري

Réserve à la DAMO

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_ تاریخ الاستلام : \_\_\_\_\_

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طبع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
26/04/23	CS	15000		
INPE et code à Barres 092016237				

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	المبلغ المغورت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 092016237					

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	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طبع طبيب الأشعة أو الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
27/04/2023	B400		476,000	
INPE et code à Barres 092016237				

جزد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع و طبع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26.4.23	1675	
INPE et code à Barres 092016237		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



Macromax 500mg  
Boîte de 3 comprimés



T112  
6 1118000 091837  
2/2025

PPC : 79,50 DH



- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques



- الفحص بالصدى
- متابعة الحمل
- تحفيظ القلب
- متابعة الامراض المزمنة

Casablanca, le : 26/01/23

Laghdor sonad

63<sup>cm</sup>

1 | Macrourus rosy

~~ref 40~~ ( pul 37 )

29.5<sup>cm</sup>

et curvifer rosy

~~ref 32~~

25.5<sup>cm</sup>

31 | codalgin sonada

~~ref 33~~ 15

167.5<sup>cm</sup>



167.5 cm

— — — — —

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques

## Bilan Biologique

Nom / Prénom : Souad Laghdir Age : .....

Casablanca, le : 26/10/23

Sexs : H  F

### Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture

### Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

### Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

### Glucose

- Glycémie à jeûn
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

### Ionogramme sanguin

- Na<sup>+</sup>
- K<sup>+</sup>
- Cl<sup>-</sup>
- Ca<sup>++</sup>
- Phosphore
- Mg<sup>++</sup>
- Bicarbonates (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>)
- Urée
- Crétatine
- Acide urique

### Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

### Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatasées acides
- Phosphatasées alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- 5' Nucleotidase
- CPK (Créatine phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

### Ionogramme urinaire

- Ca<sup>++</sup>
- Phosphore
- Na<sup>+</sup>
- K<sup>+</sup>
- Cl<sup>-</sup>
- Urée
- Crétatine

### Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU
- Antibiogramme

### Groupage sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

### Sérologie et immunologie

- VDRL - TPHA
- Hépatite B
  - Antigène Hbs
  - Anticorps Anti-Hbs
  - Anticorps Anti-Hbc
  - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
  - Anticorps Anti-HVC
- Sérologie toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- B-HCG Plasmatique
- Facteur Rhumatoïde : (Latex, Waaler Rose)
- Anticorps Anti-nucléaires
- Anticorps Anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du Complément

Autres : .....

Tél. : 05 22 74 32 14 / E-mail : [drmobsitmariam@gmail.com](mailto:drmobsitmariam@gmail.com)  
Résidence ALFAJR GH H Imm 4 Apt 9 Sidi Barnoussi Casablanca

# Laboratoire BORJ EL BERNOUSSI d'Analyses Médicales

DOCTEUR Abdeladim TAKI IMRANI : Pharmacien Biogiste, Diplomé de l'Université libre de Bruxelles  
BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE - VIROLOGIE  
612, Bd Souhaib Aroumi - Sidi EL Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 73 32 49 - Fax : 0522 75 79 84  
ICE : 001626088000055 - R.C. CASA : 360178 - PATENTE : 316384432 - C.N.S.S : 2928309  
I.Fiscal : 36000150 - INPE : 093000545

**FACTURE N° : 230002956**

INPE :



093000545

CASABLANCA le 27-04-2023

Mme LAGHDIR Souad

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0216	Numération formule	B80	B
	Cholestérol total	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	LDL Calculé	B50	B
	Triglycérides	B60	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 476.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent soixante-seize dirham .

Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biogiste -  
Bactérologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



- Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles -  
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

Date du prélèvement : 27-04-2023 à 10:12  
Code patient : 1910020014  
Né(e) le : 31-01-1957 (66 ans)  
Edité le : 27-04-2023



Mme LAGHDIR Souad  
Dossier N° : 2304270013  
Prescripteur : Dr MOBSIT MARIAM

## HEMATOCYTOLOGIE

(Yumizen H550 /Sysmex XS-1000i)

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

				10-12-2021
<b>GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)</b>		5.50	M/mm <sup>3</sup>	(4.20-5.55) 5.53
Hémoglobine	<u>11.2</u>	g/dL	(12.0-16.0)	11.4
Hématocrite	<u>31.5</u>	%	(35.0-50.0)	34.5
VGM (Volume globulaire moyen)	<u>57.3</u>	fL	(80.0-100.0)	62.4
TCMH	<u>20.4</u>	pg	(27.0-32.0)	20.6
CCMH	35.0	g/100ml	(30.0-35.0)	33.0
<b>GLOBULES BLANCS (Leucocytes)</b>		5 940/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	7650
Polynucléaires Neutrophiles	52.4%	Soit	3 113 /mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500) 5194
Polynucléaires Eosinophiles	2.5%	Soit	149/mm <sup>3</sup>	(100-600) 54
Polynucléaires Basophiles	0.2%	Soit	12/mm <sup>3</sup>	(0-100) 31
Lymphocytes	37.2%	Soit	2 210/mm <sup>3</sup>	(1 500-4 500) 1859
Monocytes	7.7%	Soit	457/mm <sup>3</sup>	(40-800) 513
<b>PLAQUETTES</b>		301 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	320 000

Validé par : Dr Abdeladim TAKI IMRANI



Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biogiste -  
Bactérologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



- Diplomé de l'Université Libre de Bruxelles -  
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

**2304270013 – Mme Souad LAGHDIR**

**LDL-Cholestérol**

(Calculé selon la formule de Friedwald)

0.94 g/L  
2.43 mmol/L

(<1.60)  
(<4.14)

Formule de Friedewald: Cholestérol LDL (en g/L) = Cholestérol total – HDL – [Triglycérides x 0.2]

**Triglycérides (RC)**

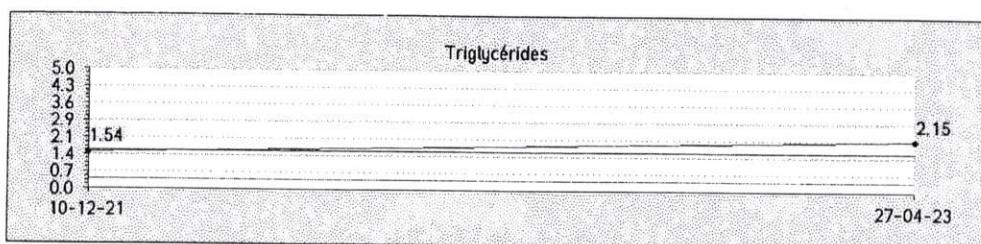
(Dosage enzymatique GPO)

2.15 g/L  
2.45 mmol/L

(0.40–1.60)  
(0.46–1.82)

10-12-2021

1.54



(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : Dr Abdeladim TAKI IMRANI



Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biogiste -  
Bactérologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



- Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles -  
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

Certificat MA19/819942506

2304270013 – Mme Souad LAGHDIR

### BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20 (THERMO) / HLC-723 GX (Tosoh)

#### Glycémie à jeûn

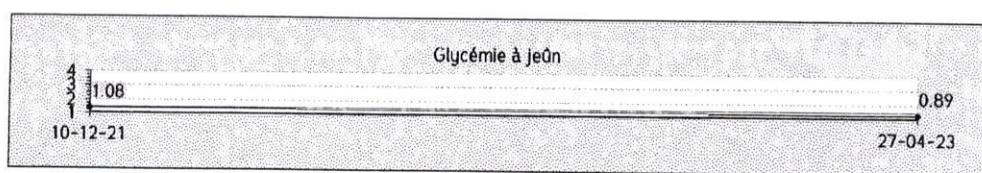
(Technique enzymatique au glucose oxydase)

10-12-2021

0.89 g/L  
4.94 mmol/L

(0.70–1.10)  
(3.89–6.11)

1.08



#### Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(HPLC -723 GX)

6.0 %

Interprétation:

4–6 Non diabétique

6–8 Métabolisme équilibré

>8 Métabolisme non équilibré

10-12-2021

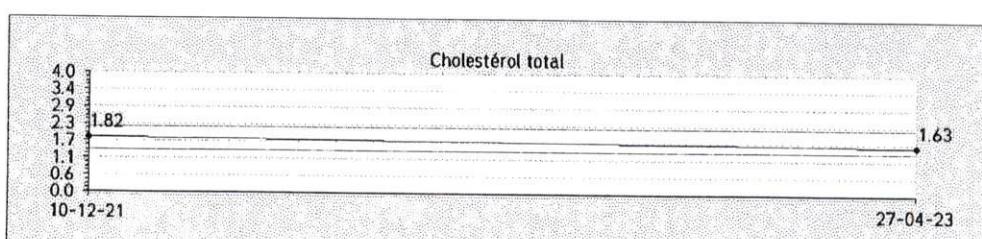
#### Cholestérol total

(Technique enzymatique colorimétrique au CHOD)

1.63 g/L  
4.21 mmol/L

1.82

(1.40–2.20)  
(3.61–5.68)



#### HDL-Cholestérol (RC)

(Dosage enzymatique direct cholestérol oxydase/PEG)

0.26 g/L  
0.67 mmol/L

(>0.35)  
(>0.91)

10-12-2021

Validé par : Dr Abdeladim TAKI IMRANI





**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 : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

صفحة 1 / 1

لمرسل إليه

N° d'immatriculation 192195926 رقم التسجيل  
Règlements de la période أداءات الفترة  
du : 07/06/2023 من  
au : 07/06/2023 إلى

Destinataire

BADREDDINE ABDELGHANI  
LAGHDIR SOUAD

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه جمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعرية 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
<b>LAGDIR SOUAD</b>											
77206310	26/04/2023	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	77,00	07/06/2023	61,60
77206310	26/04/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES	476,00	440,00	400,00	1,00	440,00	77,00	07/06/2023	338,80
77206310	26/04/2023	PH		167,50	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	07/06/2023	48,51
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					

- 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](http://www.cnss.ma)

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

لمزيد من المعلومات

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

او تطبيق الهاتف

او الاتصال بالمحجب الآلي على الرقم

او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام