

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-840384

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société : 203446

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TADUZI - AHMED

Date de naissance : 12-9-1952

Adresse : M. RUE IBRAHIM - TANGER

Tél. : 06.65231233 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : TANGER Le : 06/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :



PR4FFR05/V2/20-10-2023

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

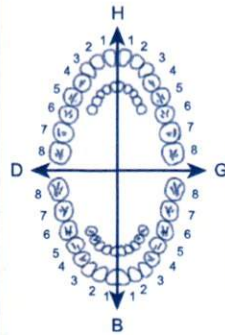
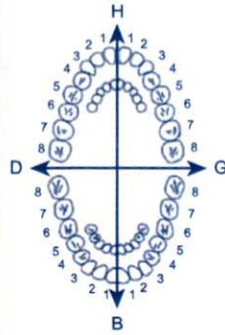
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>				Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

تعليمات يجب إتباعها

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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترأة.

يجب تقديم ورقة 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.


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

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

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _</p>	<p>Date d'arrivée: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _</p>

	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie</p> <p>Obligatoire</p>	<p>Réf. ANAM : 1.2.01.01</p>
<p>الموافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom: OURIAGHI ANIA الاسم العائلي والشخصي:

N° Immatriculation : 112121315181 رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 1-1-161514-1-1

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

Conjoint ☐ وج

Enfant ☐ ابن

Adresse : 11 RUE IBRAHIMAH - TANGER - TEL 0664 13 1147 : العنوان

Montant des frais : مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة : 9 Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات	Bénéficiaire de soins
----------------------	-----------------------

Nom et prénom : OURIAGHLI ARIANA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 20.09.1968 تاريخ الميلاد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: K 16254 1 1 1
N° CIN:

Sexe* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس*

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المفسر ** INPE et code à barres **

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins* نوع العلاجات*

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. أشهد بصحة كل ما ذكره أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصح بمصاديقه وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : 08.11.2023. : ب. في
Le : 08.11.2023. : ب. في

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- * Cocher la mention utile pour chaque cas

Docteur Abdeslam El Makhoulfi

Cardiologue

44, Av Al Massira , Résidence Lina Tanger

tel : 0539342922

NOTE D'HONORAIRES

Tanger 08/11/2023

Nom OURIAGHLI AMINA

CS+ECG.....350.DH

ECHODOPPLER CARDIAQUE.....800.DH

Docteur Abdeslam El Makhoulfi
CARDIOLOGUE
44, Av Al Massira , Résidence Lina Tanger
Tel.: 05 39 34 29 22 / 05 39 34 29 40

Description des actes effectués		وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé
08-11-2023	ك 813 (ك)	SYNTHEMEDIC 22 rue souhail benou al akoum roches noires casablanca HYTACAND 8 mg/12.5 mg Cpr Bte de 30 26 DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH 6 118001 020881	350,
08-11-2023	ك 813 (ك)	SYNTHEMEDIC 22 rue souhail benou al akoum roches noires casablanca HYTACAND 8 mg/12.5 mg Cpr Bte de 30 26 DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH 6 118001 020881	850

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		عملیات المساعدين الطبيين	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP
08-11-23	4356	ك 813 (ك)	SYNTHEMEDIC 22 rue souhail benou al akoum roches noires casablanca HYTACAND 8 mg/12.5 mg Cpr Bte de 30 26 DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH 6 118001 020881
INPE et code à Barres 1 16 20 20 846			
INPE et code à Barres 1 16 20 20 846			

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie		عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé
INPE et code à Barres 1 16 20 20 846			
INPE et code à Barres 1 16 20 20 846			

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		عملیات المساعدين الطبيين	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP
08-11-23	4356	ك 813 (ك)	SYNTHEMEDIC 22 rue souhail benou al akoum roches noires casablanca HYTACAND 8 mg/12.5 mg Cpr Bte de 30 26 DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH 6 118001 020881
INPE et code à Barres 1 16 20 20 846			
INPE et code à Barres 1 16 20 20 846			

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

Pfizer NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament

ALDACTONE® 50 mg, 7
comprimé sécable

ALDACTONE 50® mg
spironolactone

الداكتون 50 مغ
سبيرونولكتون



20 comprimés sécables
20 قرص قابل للقسم



الصانع
بيرومال هيلثكير المحدودة المملكة المتحدة
طريق والتون - موربيث
NE61 3YA اومبرلاند الشرقية
المملكة المتحدة.

أو
EVREUX DELPHARM
5 RUE DU GUESCLIN
27000 EVREUX
فرنسا

Médicament autorisé N°: 296dmp/NRQd

الحائز على تصريح بالطرح في السوق بالمغرب
معامل فايزر شركة مساهمة
كلم 0.5 من طريق الوليدية
ص.ب. 24000.35
الجديدة، المغرب

1/2 c
mida

Qu Titulaire de
1. l'Autorisation
de mise sur le
2. marché au Maroc:
Laboratoires
Pfizer S.A.
km 0.500, Route de
Oualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

Fabriqué par :
PIRAMAL HEALTHCARE
UK LIMITED
WHALTON ROAD - MORPETH
NORTHUMBERLAND
NE61 3YA
ROYAUME UNI
ou
DELPHARM EVREUX
5 RUE DU GUESCLIN
27000 EVREUX
FRANCE

destinée à baisser la tension
inhibiteurs de l'enzyme de
les antagonistes des
l'angiotensine II),

Dr. Abdeslam El Makhloufi

Ancien Assistant des Hôpitaux de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux

Diplômé en Cardiologie & en Néphrologie

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Sur rendez-vous



الدكتور عبد السلام المخلوفاي

إختصاصي في أمراض القلب والكلي من جامعة ليل

طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

أمراض القلب والشرايين - الضغط الدموي

الإستشارة بالموعد

Tanger, le 08-11-2023

9^{me} MARIA Gali Amine

Trattato per 8 mesi
Hydram 8/12, 15g 1p 1.378,80
Adalbon 500mg 12 4p 56,80
Aflamic 7.5 1 2p 435,60
Relax 2p x 21
per 5

Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
9, Place de France - TANGER
Tél: 039.93 64 24

Docteur Abdeslam El Makhloufi
CARDIOLOGUE
44 AV. EL MASSARA
Tél: 05 39 34 29 22 / 06 61 58 10 40

① Rés. Lina 44, Av. La Marche Verte
(en face de la wilaya) Tanger

05 39 34 29 22
06 61 58 10 40

② إقامة لينا، 44 شارع المسيرة الخضراء
(قرب الولاية) طنجة

Cabinet de Cardiologie et des Maladies Vasculaires

Cardiologie – Hypertension artérielle

Explorations cardiovasculaires

NOM OURIAGHLI (Ndjé)
PRENOM AMINA
SERVICE
DATE DE NAISSANCE 75ANS

FC 69 /min	PA 135/63 mmHg	Taille 165 cm	Poids : 55kg	Echographe : Vivid E9
------------	----------------	---------------	--------------	-----------------------

Taille des cavités cardiaques et de l'aorte

Diamètre diastolique du VG 44mm	SIV 104 mm	PP 95 mm	Masse VG indexée g/m ²
Diamètre OG 23 mm	Diamètre maximal de l'aorte initiale 31 mm		Surface de l'OG 12 cm ²

Fonction systolique VG

FE VG 50-60%	VTDTV 88mL	VG non dilaté	Obstruction Dynamique NON
--------------	------------	---------------	---------------------------

Fonction diastolique VG

Sinusal <input checked="" type="checkbox"/>	Non sinusal <input type="checkbox"/>	TDM 199 ms	E(m/s) 0,82 m/s	A (m/s) 0,73 m/s	E/A 1,12
Ea lateral (cm/s)		Ea septal (cm/s)		E/Ea	

Valve mitrale

Native <input checked="" type="checkbox"/>	Prothèse <input type="checkbox"/>	Sténose <input type="checkbox"/>	Gradient Moyen mmHg	Surface cm ²
IM <input checked="" type="checkbox"/> grade triviale			SOR mm ²	VR mL

Valve aortique

Native <input checked="" type="checkbox"/>	Prothèse <input type="checkbox"/>	Sténose <input type="checkbox"/>	Vmax 0.98 m/s	Surface cm ²
IAo <input checked="" type="checkbox"/> grade 2			SOR mm ²	VR mL

Pressions pulmonaires et coeur droit

IT <input checked="" type="checkbox"/> grade triviale	Vmax de l'IT m/s	PAPS = gradient VD/OD + POD mmHg	
VCI 11 mm compliante	TAPSE 16 mm	Onde S cm/s	DTD VD mm

Péricarde

Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Epanchement
--	-------------

Conclusions

Aorte : aspect de discrettes calcifications des cusps avec taille normale du sinus, de la jst et de l'aort ascde
fuite aortique G2

OG non dilatée

Valves mitral d'aspect modérément calcifiées et de cinétique normale

VG: non dilaté, non hypertrophié avec contractilité globale conservée FE à 50-60p100

flux mitral d'aspect normal avec E/A à 1.12

Vitesse sous aortique normales

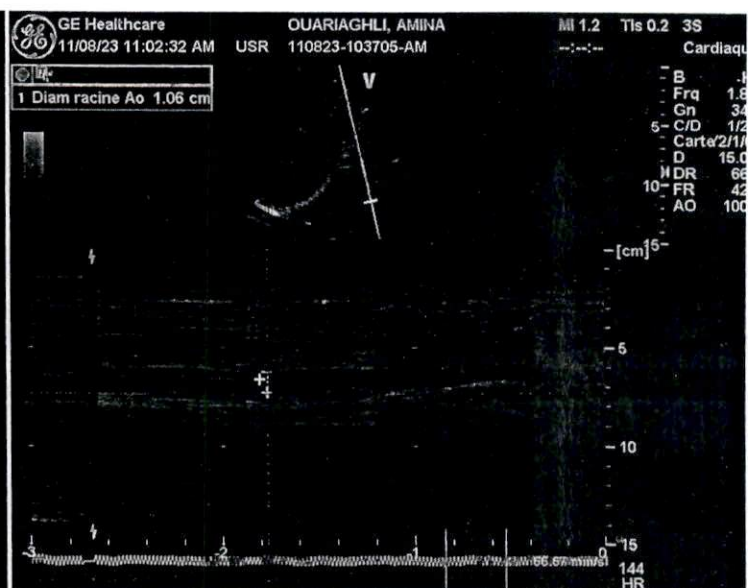
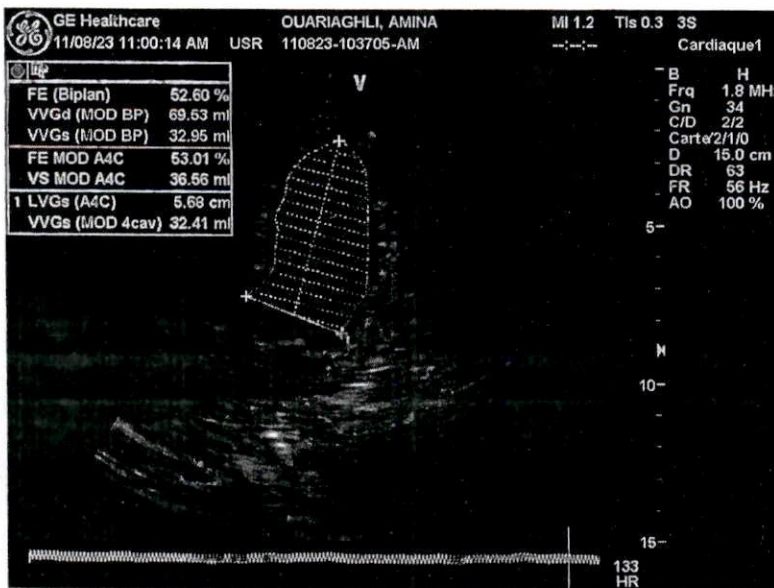
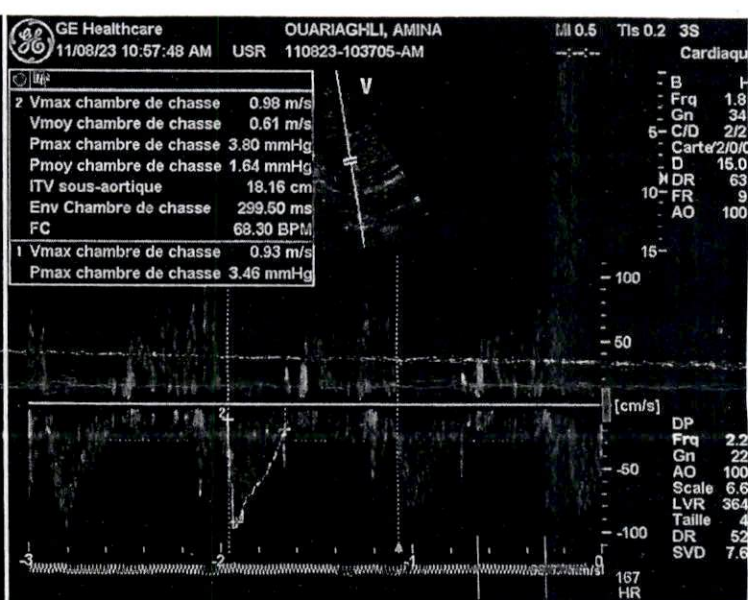
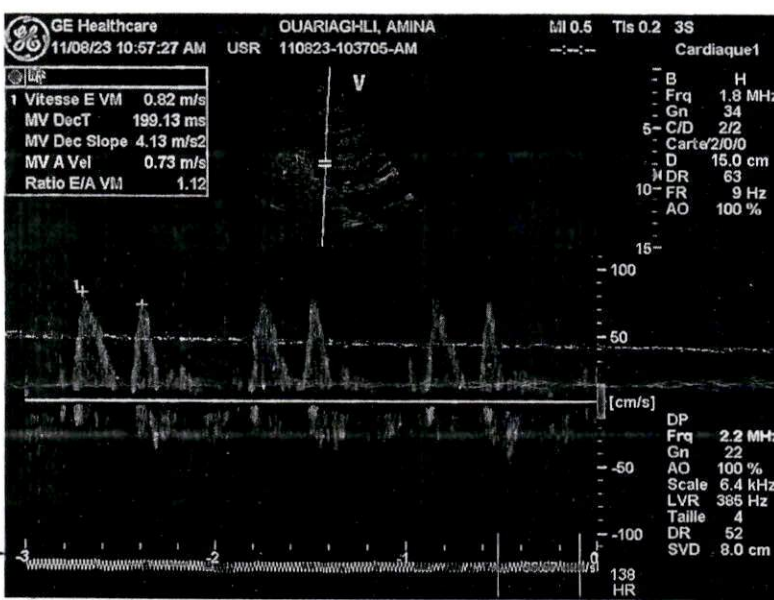
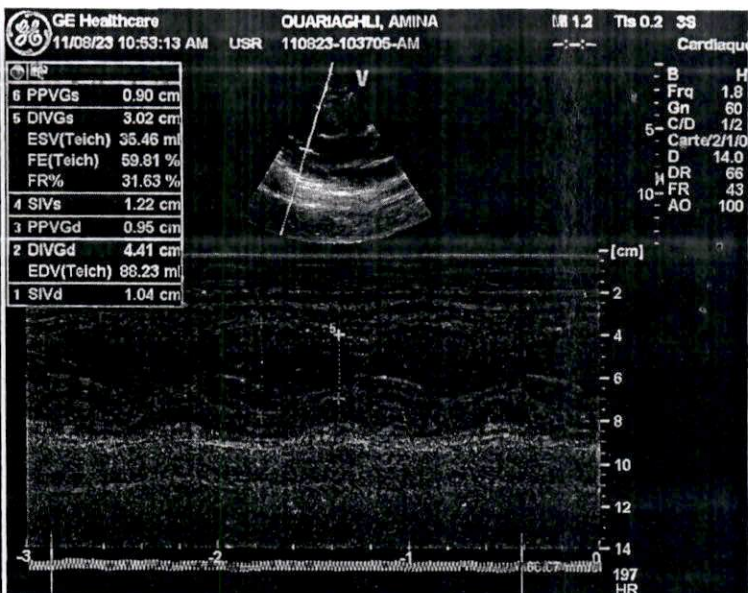
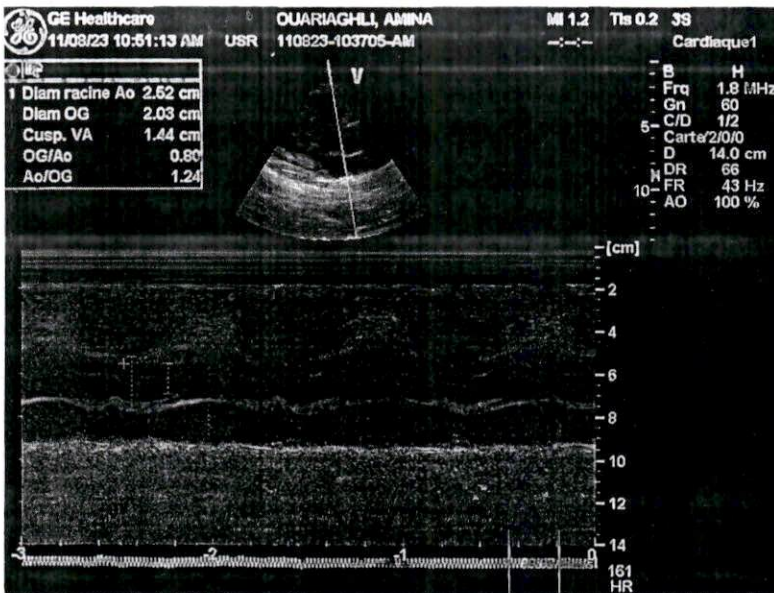
Cavités droites non dilatées avec TAPSE normal

VCI aspect et compliance normale

pericarde sec

Examen réalisé par

Docteur Amina Ouriaghl
Tél: 02 35 42 22 40





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 : 24/11/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 192135518 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 24/11/2023 : إلى
au : 24/11/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه
OURIAGHLI 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	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	مبلغ التعويض
Número 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
OURIAGHLI AMINA											
144328084	08/11/2023	CSC	CARDIOLOGIE	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	24/11/2023	175,00
144328084	08/11/2023	R400	CARDIOLOGIE	800,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70,00	24/11/2023	455,00
144328084	08/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	435,60	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	24/11/2023	304,92
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											934,92
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											934,92

- 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

PA: 135/85
FC: 69

Signature: *Dr. Abdelhak EL Moudaoui*
Date: 08/11/2023 12:20:49

ID :
Nom: OURIAGHLI
Prénom: AMINA
Date de naissance: 20/09/1948 Âge: 75
Sexe: F

Conclusions du médecin:
*AS P 2 1
0/12 2/5 3/5 4/5 5/5
Toujours de la bradycardie*

P(ms) = 132
PR(ms) = 176
QRS(ms) = 70
QT/QTc(ms) = 384/411 (Bazett)
P Axis = 71
QRS Axis = 35
T Axis = 60
R-R(ms) = 874

