

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.

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° W19-580427

418598

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.D.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIRDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

تعليمات يجب إتباعها

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض و لكل 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 الشرطي للأدوية
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة 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 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	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : _____ Date du dépôt du dossier : أ _ _ / ا _ _ / تاريخ الإيداع : _____	Date d'arrivée : ا _ _ / ا _ _ / تاريخ الاستلام : _____

 الشان الاجتماعي +الXO+ +الEET+ CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Médicale Obligatoire
* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : REAOUMA Mohamed		الاسم العائلي و الشخصي :
N° Immatriculation : 11589351121		رقم السجل :
N° CIN : 11-37683-3		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : AL HASSI RIAL AL COUS 3000 FES		العنوان :
Montant des frais : 3996,00 Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 07		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		
Nom et prénom : REAOUMA Mohamed		الاسم العائلي و الشخصي :
Date de naissance : 11/11/1971		تاريخ الميلاد :
N° CIN : 11-37683-3		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس :
INPE et code à barres **		
1111058786		1111058786
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins		
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
N° dossier ALD : _____		
Code ALD : _____		
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
Fait à : 11/11/2021		
Le : 11/11/2021		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : _____		
Le : 11/11/2021		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

**RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200998209177564

Emis à Casablanca le : 10/09/2020

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

REHOUMA MOHAMED
AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL
QODS NR 19 APPT 6
FES 3005

N° d'immatriculation : 159935125

Règlement du mois : 09/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
REHOUMA MOHAMED										
061377171	06/07/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
061377171	06/07/2020	B	MEDECIN SPECIALISTE	220,00	1,10	210,00	1,00	231,00	85	187,00
061377171	06/07/2020	PH	MEDECIN SPECIALISTE	3 526,60	3 201,00	1,00	1,00	3 201,00	85	2 720,85
Total remboursé pour MOHAMED										3 035,35
Total général remboursé										3 035,35

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. EL QAZBANI Zoubida

Spécialiste en Endocrinologie
Et maladies métaboliques
Diabétologie - Nutrition
(Sur Rendez-vous)

INP 14 105 87 84

د. القزباني زبيرة

أخصائية في أمراض الغدد
أمراض الإستقلاب
السكري - التغذية
(بالموعد)

Fès, le

06/07/20

0^e Reconnu Mohamed

744/2 x 2
Donct 7.2 100 los tar

30. eu 18 e 22 g

571.50 x 3 p d l 100
Acid 9.2 100 p l 100

22 eu 18 e 22 g

22 " 5/12 g

22 " e 20 g

(/mo)



21, شارع غسان الكنفاني، رقم 12 الطابق 2، مكاتب طبية أمام حديقة للامريم - فاس

الهاتف : 05.35.65.26.02

(بالموعد)

B 165 ed + 160.00 BN (ally
Baide ...



4 balb (25)

Dr. M. AMRHAR

3526.00

4 pleyis /
pdt / (m)



Dr. M. AMRHAR

RETHOUNA MOHAMED

159935125

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH



NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



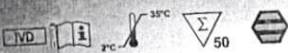
On Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood
using the On Call® Plus and On Call®
EZ II blood glucose meters.
For self testing and professional use.

Contents:
50 Test Strips
Code Chip
Package Insert



©2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA
10, Rue Boulmane Bourgoine
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

is 6 months after the
label after you open it

On Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood
using the On Call® Plus and On Call®
EZ II blood glucose meters.
For self testing and professional use.
Only for use outside the body.

Contents:
50 Test Strips
Code Chip
Package Insert



©2020 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA EM
10, Rue Boulmane Bourgoine
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

Dr. EL QAZBANI Zoubida و.القزباني زبيرة

أخصائية في أمراض الغدد، السكري والتغذية

INP 14 105 87 84

M. Rehouma Mohamed Fès, le 06/07/20

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> HBA1C | <input type="checkbox"/> Transaminases |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Gammma GT <input type="checkbox"/> CPK |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol total | <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline |
| <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> HDL | <input type="checkbox"/> Microalbuminurie 24h |
| <input type="checkbox"/> Triglycerides | <input type="checkbox"/> Proteinurie 24h |
| <input type="checkbox"/> Ac. urique | <input type="checkbox"/> ECBU+ ATB |
| <input type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine | <input checked="" type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Na+ <input type="checkbox"/> K+ | <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> TP-INR |
| <input type="checkbox"/> Calcémie <input type="checkbox"/> Phosphorémie | <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Vit. B12 |
| <input type="checkbox"/> Calciurie 24h <input type="checkbox"/> PTH | <input type="checkbox"/> Prolactine |
| <input type="checkbox"/> 25OH Vit D ₂ D ₃ | <input type="checkbox"/> Testosterone |
| <input type="checkbox"/> Magnésium | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> FT 3 <input type="checkbox"/> FT 4 | <input type="checkbox"/> 17 B oestradiol |
| <input type="checkbox"/> TSI <input type="checkbox"/> Ac anti TPO | <input type="checkbox"/> Cortisol 8 ^h |
| <input type="checkbox"/> Ac anti thyroglobuline | |
| <input type="checkbox"/> Thyroglobuline | |

LABORATOIRE KANDOUSSI
Mr. REHOUMA Mohamed
14-07-1950



2007062021
A coller sur l'ordonnance

ORDONNANCE

21، شارع غسان الكنفاني، رقم 12 الدلايق 2، مكاتب طيبة أمام حديقته للمريـم فاس
الهاتف : 05.35.65.26.02 (بالموعـد)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KANDOSSI

Docteur ABDELALI KANDOSSI
Médecin Biologiste
Lauréat de la faculté de Médecine de Reims

Bureau Al Fath, Lots Walili
67, Avenue des FAR - FES AGDAL
Tél : 035 73 24 30 / 32 - Fax : 035 73 24 31

N° de patente : 13604729
N° d'identification fiscale : 16471818
N° d'affiliation à la CNSS : 6935540
N° ICE : 000419654000009

FACTURE N° : 200700086

FES le 06-07-2020

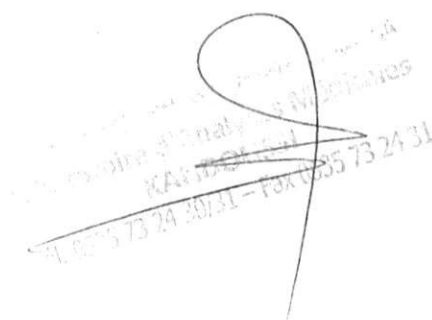
Mr REHOUMA Mohamed

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
0111	Créatinine	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 210

TOTAL DOSSIER : 220.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent vingt dirhams .


Circular stamp text: "LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KANDOSSI", "FES AGDAL", "Tél : 035 73 24 30 / 32 - Fax : 035 73 24 31".



مختبر القندوسي للتحليلات الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Médecin : Dr. EL QAZBANI Zoubida

Prélèvement du : 06-07-2020

Référence : 2007062021

Edition : 06-07-2020

Mr REHOUMA Mohamed

Code Patient 1612262023



HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automates SYSMEX XT 4000i et SYSMEX XT 2000i)

	Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antériorités
NUMERATION GLOBULAIRE				
				03-02-2020
LEUCOCYTES :	9 840	/mm ³	(4 000-11 000)	28 430
HEMATIES :	4.00	M/ μ l	(4.28-6.00)	2.52
HEMOGLOBINE :	11.8	g/dL	(13.5-17.0)	7.2
HEMATOCRITE :	37.4	%	(39.0-50.0)	21.3
V.G.M (Volume globulaire moyen) :	93.5	fL	(78.0-98.0)	84.5
T.C.M.H :	29.5	μ g	(26.0-34.0)	28.6
C.C.M.H :	31.6	g/dL	(31.0-36.0)	33.8
MORPHOLOGIE ERYTHROCYTAIRE	Normale			

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES :	79.7	%		93.5
Soit :	7 842	/mm ³	(1 800-7 000)	26 582
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES :	3.2	%		0.0
Soit :	315	/mm ³	(0-630)	0
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES :	0.3	%		0.0
Soit :	30	/mm ³	(0-110)	0
LYMPHOCYTES :	12.3	%		2.4
Soit :	1 210	/mm ³	(1 000-4 800)	682
MONOCYTES :	4.0	%		3.7
Soit :	394	/mm ³	(180-1 000)	1 052
Granulocytes immatures :	0.5	%		0.4
Soit :	49	/mm ³		114

PLAQUETTES

265 000 /mm³ (150 000-400 000) 312 000

N.B : les valeurs de référence de la NFS, utilisées dans notre laboratoire, proviennent d'une étude portant sur 33258 sujets sains vivant en France (Troussard et al, 2014).

مختبر القندوسي للتحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI
Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31
Page : 1/3

Urgences : Prélèvements à domicile : Tél: 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31

E-mail: labokandoussi2005@gmail.com - Site Web: labokandoussi-fes.com



مختبر القندوسي للتحليلات الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Référence : 2007062021

Mr REHOUMA Mohamed

Prélèvement du : 06-07-2020

BIOCHIMIE SANGUINE

AU 480 (BECKMAN COULTER*) ET INDIKO PLUS (THERMOSCIENTIFIC*)

Créatinine : (RC)

(Technique enzymatique colorimétrique)

27.0 mg/L

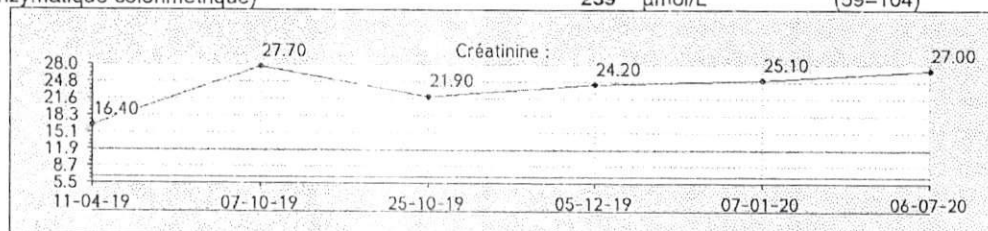
(6.7-11.7)

07-01-2020

25.1

239 µmol/L

(59-104)



Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC sur Automate D10 BIORAD*)

6.5 %

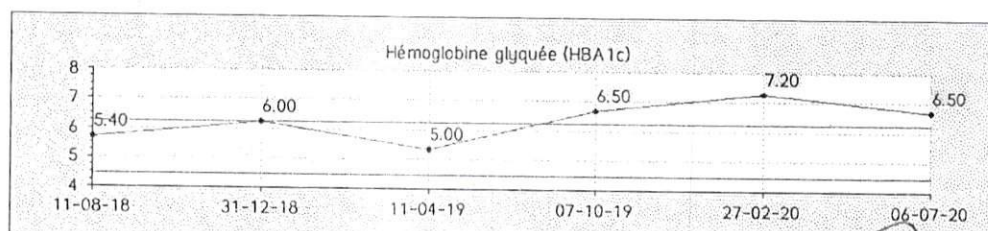
(4.0-6.0)

27-02-2020

7.2

Selon le guide HAS affection de longue durée sur le diabète de type 2, Le dosage de l'HbA1c doit être réalisé 4 fois par an.

Type de diabète	Valeur cible d'HbA1c
Pour la plupart des patients diabétiques de type 2	inférieure ou égale à 7 %
Pour les patients diabétiques de type 2 : • dont le diabète est nouvellement diagnostiqué. • ET dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans. • ET sans antécédent cardio-vasculaire.	inférieur ou égal à 6,5 %
Pour les patients diabétiques de type 2 : • avec une comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans). • OU avec des complications macrovasculaires évoluées. • OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre	inférieure ou égale à 8 %
Pour les patients diabétiques de type 1	inférieure ou égale à 7,5 %



مختبر القندوسي للتحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI

Page : 2/3

Urgences - Prélèvements à domicile

Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fes

Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31

E-mail: labokandoussi2005@gmail.com - Site Web: labokandoussi-fes.com



مختبر القندوسي للتحليلات الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Référence : 2007062021

Mr REHOUMA Mohamed

Prélèvement du : 06-07-2020

(RC) : Résultat contrôlé

Demande validée biologiquement par : Dr. ABDELALI KANDOUSSI

مختبر القندوسي للتحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI
Tél: 05 35 73 24 30/32 - Fax: 05 35 73 24 31