

## 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 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 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 - Tel : 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° W21-688622

**COMPLEMENT**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL MAROUDI N. I. J. J. J.

Date de naissance :

21-01-48

Adresse :

51, Rue HASSANE Hy El Hana - Cox

Tél. :

0662243603

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 :

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 :

Cox

Le :

24/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Complément N° WL1-688622

Document fournis:

- 1) Feuille maladie CNSS du 08/02/22
- 2) Décompte CNSS montant DH 1013,01
- 3) ordonnance Dr AZIZ Amine 513, 20
- 4) Facture Ph. Sofia
- 5) Facture CNSS 2022 00 1190
- 6) ordonnance Dr AZIZ AMINE (Analyse)
- 7) Facture EVOLU LAB DH 990,00
- 8) Résultats analyses (2)
- 9) ordonnance Dr AZIZ AMINE (Radio penon)
- 10) Complémentaire Radio (DR ELGHISASS)
- 11) Facture CNSS 2203 00 1175 (DH 150,00)

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>		 الضمان الإجتماعي +الH٥8٤ +ال٥٤8٤+ <b>C N S S</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 220212943266015		Emis à Casablanca le : 22/02/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165014319 Règlement du mois : 02/2022 Mode de paiement : Virement		KOUIRI KHADIJA 51 RUE HASSAN HAY EL HANA CASABLANCA 2021	
	Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو 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
KOUIRI KHADIJA										
086367628	08/02/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
086367628	08/02/2022	Z	MEDECIN SPECIALISTE	150,00	160,00	1,00	1,00	160,00	77	115,50
086367628	08/02/2022	B	BIOLOGIE	990,00	1,10	720,00	1,00	792,00	77	609,84
086367628	08/02/2022	PH	BIOLOGIE	513,20	73,60	1,00	1,00	73,60	77	56,67
086367627	12/02/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
086367627	12/02/2022	PHN	PHARMACIE	134,50	134,50	1,00	1,00	134,50	00	0,00
Total remboursé pour KHADIJA										1 013,01
Total général remboursé										1 013,01

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



## 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 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 المشتراة.

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 التعريفة 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

 الضمان الاجتماعي Fonds de Sécurité Sociale CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref: ANAM 1.22.01
	موافقة مسبقة Entente préalable*	تنفيذ Exécution*	مرجع رقم 610-1-03	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له ( لها )

الاسم العائلي والشخصي : **Kouari Khadija**

رقم التسجيل : **165014319**

N° CIN : **B348175**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : **51, Rue HASSANE MY ELHANA CIRA**

مبلغ المصاريف : **1803,20** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **10**

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **Kouari Khadija**

تاريخ الإزدياد : **1956-10-11**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B348175**

الجنس : \* ☒ أنثى ☐ ذكر ☐ M ☐ F

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر \*\*

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant : **DOCTEUR AZIZ AMINE**

المؤسسة العلاجية : **POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU**

Type de soins

Admission ALD : ☐ Oui ☐ Non

N° dossier ALD : **1-1-1-1-1-1-1-1-1-1**

Code ALD : **1-1-1-1-1-1-1-1-1-1**

Maladie\* ☐ مرض ☐ Hospitalisation\* ☐ استشفاء\*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Fait à : **09/04/2022**

Le : **09/04/2022**

توقيع المؤمن له ( e )

Cachet et Signature du Médecin traitant

DOCTEUR AZIZ AMINE

TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE

VACATAIRE

POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

\* Cocher la mention utile pour chaque cas

\*\*Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - دار البيضاء - 2186 - دار البيضاء

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas GRC Téléphone: 080 200 7200 - 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري <b>Réserve à la DAMO</b>
Identification de l'agent : ..... تاريخ الإيداع : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 Date de dépôt du dossier : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	تاريخ الاستلام : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 Date d'arrivée : 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1



وصفة  
ORDONNANCE



le 28/02/2022

76.20 Zouir Khachija  
11 Voltarine 75 mg (1S)  
22.20 1 lot amr (1S)  
21 Codolip (1S)  
73.90 1 lot 2 str (4S)  
81 Staflum ba (4S)  
188.00 rappa 2 str  
41 Paralédine gelule  
146.90 1 lot  
51 Honak forte cr  
1 lot



2 513.20  
DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

# صيدلية سوفيا

## PHARMACIE SOPHIA

Mme BENBRAHIM SALOUA ep. SLAOUI

FACTURE N°

Casablanca, le 08/02/2022

M..... Doit.

Quantité	DESIGNATION	P. U.	Total
01	ITAFLAM BAUME	79.90	79.90
			79.90


214 Bd. IBNOU SINA - CASABLANCA - Pat N°:34812282  
Tél.: 0522 36 01 64

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



1

N° IPP : 734853	N° SEJOUR : 220004407	<b>FACTURE N° 2202001190</b>		DATE D'ENTREE : 08/02/2022		DATE DE SORTIE : 08/02/2022				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KOUIRI,Khadija						
MALADE : KOUIRI,Khadija										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 08/02/2022	EDITEE LE : 08/02/2022	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
			BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54			



وصفة

ORDONNANCE



le 08/04/2022

M<sup>U</sup> Kouini Khadifa

- NFS
- VS
- CRP
- Acide urique
- glycémie
- vit D2

DOCTEUR AZIZ AMINE  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
VACATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAUI

**FACTURE N° : 2202092002**

**INPE: 093061067 IF:14377655**

Casablanca le 09-02-2022

**Mme Khadija KOUIRI**

Date de l'examen : 09-02-2022

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- Acide Urique	B30	B
	- CRP	B100	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	- Vitesse de sédimentation	B30	B
	Vitamine D - 25- hydroxy-vitamine D - D2 + D3 :	B450	B
	- NFS	B80	B

Total des B : 720

TOTAL DOSSIER : 990.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quatre-vingt-dix dirhams

**EVOLULAB**  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
E-Mail: evolulab@hotmail.com



Laboratoire  
**EVOLULAB**

l'Analyses de Biologie Médicales

**Dr. Aziz MOTAOUAKKIL**

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

**Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie**

**P M A ( Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI )**

**Date du prélèvement** : 09-02-2022 à 08:41

**Code patient** : 1703152005

**Né(e) le** : 13-10-1954 (67 ans)



**Mme Khadija KOUIRI**

**Dossier N° : 2202092002**

**Prescripteur : Dr AMINE AZIZ**

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

				11-09-2021
Leucocytes	5.27	G/L	(3.90-10.20)	4.96
Hématies	4.99	T/L	(3.85-5.20)	5.25
Hémoglobine	13.6	g/dL	(11.8-15.8)	14.4
Hématocrite	41.9	%	(35.0-45.5)	45.1
V.G.M	84.0	fL	(80.0-101.0)	85.9
T.C.M.H	27.3	pg	(27.0-34.0)	27.4
C.C.M.H	32.5	g/dL	(30.0-36.0)	31.9

### FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	40.2	%		44.6
Soit	2.12	G/L	(1.50-7.70)	2.21
Poly. Eosinophiles	4.2	%		4.2
Soit	0.22	G/L	(0.02-1.10)	0.21
Poly. Basophiles	0.4	%		0.2
Soit	0.02	G/L	(<0.35)	0.01
Lymphocytes	45.9	%		49.0
Soit	2.42	G/L	(>1.00)	2.43
Monocytes	9.3	%		2.0
Soit	0.49	G/L	(0.10-2.70)	0.10

### PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)

161	G/L	(150-450)	191
-----	-----	-----------	-----

**Commentaire :**

Numération formule sanguine normale

### - VITESSE DE SEDIMENTATION

Technique automatisée corrélée à la méthode de Westergreen

				12-12-2018
- VS 1ère heure	15	mm	(<20)	5
- VS 2ème heure	32	mm		12

## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

**- Acide Urique**  
(Dosage enzymatique)

41	mg/L	(26-60)	44
----	------	---------	----

**- Glycémie à jeun**  
(Beckman AU480)

0.80	G/L	(0.70-1.15)	0.84
4.44	mmol/L	(3.89-6.38)	

2202092002 - Mme Khadija KOUIRI

29-04-2020

**- Protéine C-réactive (CRP)**

(Immunoturbidimétrie)

1.3 mg/L (0.0-5.0)

1.9

**ANALYSES SPECIALISEES**

11-09-2021

**Vitamine**

**D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3**

(Technique ELFA sur Vidas)

38.50 ng/ml

24.30

77.00 nmol/L

STATUT	25-(OH) VITAMINE D
<i>Déficient</i>	<i>&lt;20 ng/ml</i>
<i>Insuffisant</i>	<i>20-29 ng/ml</i>
<i>Suffisant</i>	<i>30-100 ng/ml</i>
<i>Toxicité potentielle</i>	<i>&gt;100 ng/ml</i>

LABORATOIRE EVOLULAB  
187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca  
Tél: 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45  
E-Mail: evolulab@hotmail.com  
Validé par le biologiste

وصفة  
ORDONNANCE

le 08/02/2022

M<sup>r</sup> Loui Khadifi

Re genre Dr en  
charge  
- Sans  
- profil

**DOCTEUR AZIZ AMINE**  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
VAGATAIRE  
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

Casablanca, le 08/02/2022

**NOM : Mme KOUIRI Khadija.**

**MEDECIN DEMANDEUR : Dr A.AZIZ.**

**EXAMEN : Radiographie genou droit (F+P).**

- Pincement modérée du compartiment articulaire interne.
- Image linéaire de tonalité calcique au niveau du compartiment interne.
- Ostéophytose modérée des l'épines tibiales et polaires de la rotule.
- Déminéralisation osseuse modérée.

**Dr N. EL GHISSASSI**





N° IPP : 734853		N° SEJOUR : 220004478		FACTURE N° 2203001175		DATE D'ENTREE : 08/02/2022		DATE DE SORTIE : 08/02/2022			
ASSURE :				UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KOUIRI,Khadija					
MALADE : KOUIRI,Khadija											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE Acte de Radiologie Médicale		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 10494 DR EL GHISSASSI NEZHA RADIOLOGIE					TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :		
					RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 08/02/2022					EDITEE LE : 08/02/2022		PAR: R8280		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU				
					BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
					N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54				

