

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.

Biologie 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.

Educations :

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

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

N° M20- 0002281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MIRDASSI Fatima
Date de naissance :
Adresse : Av. Abd Al Fattah Resid. AL Qods n° 19
Fes
Tél. : 06 99900310 Total des frais engagés : 4195.15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complémentaire

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : RENOVANA Rokham 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 : Fes
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24 / 02 / 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

TEL : 06 99 93 76 13
88065229

Instructions à suivre

blir une feuille de soins par personne et par
nement.

feuille de soins doit être accompagnée de toutes
pièces justificatives originales (ordonnances
dicales, factures...).

nom et prénom de la personne soignée
vent être portés sur la feuille de soins aux mêmes
et sur la feuille de soins.

ordonnances transmises doivent être
accompagnées des codes à barres des
dicaments achetés.

feuille de soins ainsi que les pièces
tificatives doivent être présentées à la CNSS
les deux mois qui suivent le premier acte
médical. Dans ce dossier doit être
présenté dans les soixante (60) jours qui suivent
fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera
effectuée sur la base de la tarification nationale de
férence.

certaines prestations ne peuvent donner lieu au
mboursement que suite à un accord préalable.
liste de ces prestations est disponible auprès de
le réseau CNSS.

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

toute personne coupable de fraude ou de fausse
claration pour obtenir des prestations qui ne
nt pas dues, est passible des sanctions légales
réglementaires.

obligation de remboursement prise par la
NSS est subordonnée au respect des conditions
élémentaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات "البنات الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يتم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنه 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
مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Réf. : 610-1-03</p> <p>مرجع رقم</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

<p>Nom et prénom : RENOUSMA Mohamed</p>	<p>الإسم والعائلي والشخصي :</p>
<p>N° Immatriculation : 1459935125</p>	<p>رقم التسجيل :</p>
<p>N° CIN : 14-376833</p>	<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>	<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>
<p>Adresse : Av. Mohammed AL FASSI, 19, 20000 DAKAR</p>	<p>العنوان :</p>
<p>Montant des frais : 5039,000 Dhs.</p>	<p>مبلغ المصاريف :</p>
<p>Nombre de pièces jointes : 1</p>	<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

<p>Bénéficiaire de soins</p>	<p>المستفيد من العلاجات</p>
<p>Nom et prénom : RENOUSMA Mohamed</p>	<p>الإسم والعائلي والشخصي :</p>
<p>Date de naissance : 14/01/1950</p>	<p>تاريخ الإزدياد :</p>
<p>N° CIN : 14-376833</p>	<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>
<p>Sexe * : M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/></p>	<p>الجنس : *</p>
<p>INP : 14-10581284</p>	<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **</p>
<p>Médecin traitant</p>	<p>Etablissement de soins</p>
<p>الطبيب المعالج</p>	<p>المؤسسة العلاجية</p>

Type de soins

نوع العلاجات

<p>Admission ALD * : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>قبول المرض المزمن * :</p>
<p>N° dossier ALD : 14-10581284</p>	<p>رقم ملف المرض المزمن :</p>
<p>Code ALD : Maladie * <input type="checkbox"/> مرض *</p>	<p>رمز المرض المزمن :</p>
<p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/></p>	<p>إقامة المستشفى *</p>
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>	<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>
<p>Fait à : 14/01/2014</p>	<p>Je déclare les informations données sincères et véritables.</p>
<p>Le : 14/01/2014</p>	<p>Fait à : 14/01/2014</p>
<p>Le : 14/01/2014</p>	<p>Le : 14/01/2014</p>
<p>Signature de l'assuré (e)</p>	<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من له Etablissement de soins</p>

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين (سجى الإجباري)</p> <p>Réserve à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p>	
<p>Date de dépôt du dossier : 14/01/2014</p>	<p>تاريخ الإرسال : 14/01/2014</p>

Référence structurée : 22011511449381

Emis à Casablanca le : 12/01/2022

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 : 01/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

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 rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
REHOUMA MOHAMED										
088065229	22/11/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
088065229	22/11/2021	PH	PHARMACIE IFRANE	4 099,00	4 099,00	1,00	1,00	4 099,00	85	3 484,15
088065229	22/11/2021	B	BIOLOGIE	690,00	1,10	690,00	1,00	759,00	85	586,50
Total remboursé pour MOHAMED										4 198,15
Total général remboursé										4 198,15

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire TRT DE 03 MOIS

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
(بالموعـد)

Fes, le 22 / 11 / 21

N. Rehouma Nohamed



Nalmapid S.V.

14 cils = 85%
14 " = 125%
14 " = 205%
3m

1193,00 x 2

Victo S.V.



Dr. EL QAZBANI Zoubida
Spécialiste en Endocrinologie - diabétologie
et Maladies Métaboliques
Rue Ghassan el-Khannani Bureau Tajiba N° 21
21 - FES - Tel: 05 35 65 26 02

2 cils = 205%
3m

21, شارع غسان الكنفاني، رقم 21 الطابق 2، أمام حديقة للامريم - فاس
الهاتف: 05.35.65.26.02 (بالموعـد)

8-9670-73-270-2
NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



8-9670-73-270-2
NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



8-9670-73-270-2
NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



8-9695-73-280-3
Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3
Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

Dr. EL QAZBANI Zoubida .القزباني زبيرة

أخصائية في أمراض الغدد، السكري والتغذية

INP 14 105 87 84

M

Rehoumo Rehoumel

Fès, le

☒ HBA1C

☒ Glycémie à jeun

☐ Cholesterol total

☐ LDL ☐ HDL

☐ Triglycerides

☐ Ac. urique

☐ Urée ☒ Créatinine

☐ Na+ ☐ K+

☐ Calcémie ☐ Phosphorémie

☐ Calciurie 24h ☐ PTH

☐ 25OH Vit D₂ D₃

☐ Magnésium

☐ TSH ☐ FT 3 ☐ FT 4

☐ TSI ☐ Ac anti TPO

☐ Ac anti thyroglobuline

☐ Thyroglobuline

☐ Transaminases

☐ Gammma GT ☐ CPK

☐ Phosphatase alcaline

☐ Microalbuminurie 24h

☐ Proteinurie 24h

☐ ECBU+ ATB

☒ NFS ☐ VS ☐ PSA

☐ CRP ☐ TP-INR

☐ Ferritine ☒ Vit. B12

☐ Prolactine

☐ Testosterone

☐ FSH ☐ LH

☐ 17 B oestradiol

☐ Cortisol 8^H

Dr. Zoubida EL QAZBANI
Laboratoire d'Analyses Médicales
Fès - Maroc
Tél : 05 35 61 19 00 - 05 35 65 15 61
INP : 14 105 87 84

Clinique Al Kawtar
Laboratoire
Av. Mohamed Fassi, Rue Mohammed VI
Tél : 05 35 61 19 00 - 05 35 65 15 61
INP : 14 105 87 84

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

الهاتف : 05.35.65.26.02

(بالموعـد)



مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

— Hemato cytologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction —

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Medecin spécialiste en Biologie Médicale

Facture

Fès, le 22/11/2021

N° facture 2021-08066

Date prélèvement : 22/11/2021

Mr REHOUMA MOHAMED

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	80,00
GLY	GLYCEMIE A JEUN	30	30,00
CREA	CREATININE	30	30,00
HBG2	HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	150	150,00
VITB12	VITB12	400	400,00
S	Prélèvement sang veineux	1	0,00
		Total	690,00

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

Clinique Al Kawtar
Laboratoire
AV. Md El Fassi, Rte Imouzzet - FES
Tél: 05 35 61 19 10 - Fax: 05 35 61 19 11
INPT 146006614

Dr Bennani Zahra
Medecin Biologiste
Laboratoire Al Kawtar
Av. Md El Fassi, Rte Imouzzet - FES
Tél: 05 35 61 19 10 - Fax: 05 35 61 19 11



مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzet - FES شارع محمد الفاسي، طريق إسموزار - فاس

Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 31 07 32 / 6 mail : labo@al-kawtar.ma



مختبر الكوثر للتحاليل الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

— Hemato cytologie - Biochimie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction —

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Médecin spécialiste en Biologie Médicale



Edité à Fès le 22/11/2021

COMPTE RENDU

Prélèvement effectué au laboratoire

Dossier N° 221121-366
Mr REHOUMA MOHAMED
Date de naissance 07/14/1950
Date de prélèvement 22/11/2021 10:20
Patient EXTERNE
Prescrit par DR EL QAZBANI ZOUBIDA

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

SYMEX XN-1000-SA-01

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Numération

Globules blancs	10600 *	/mm ³	(4000 - 10000)
Globules rouges	3,42 *	10 ⁶ /mm ³	(4,44 - 5,61)
Hémoglobine	9,60 *	g/dl	(13,5 - 16,9)
Hématocrite	29,70 *	%	(40 - 49)
VGM	86,80	fL	(81,8 - 95,5)
TCMH	28,10	pg	(27 - 32)
CCMH	32,30	g/dl	(32 - 36)
Plaquettes	414 000	/mm ³	(150000 - 450000)

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles	75 *	%	(41 - 70,7)
	7950,00 *	/mm ³	(1500 - 7000)
Lymphocytes	19 *	%	(19,1 - 47,9)
	2014,00 *	/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	5 *	%	(5,2 - 15,2)
	530,00 *	/mm ³	(100 - 900)
Polynucléaires Eosinophiles	1	%	(0,6 - 7,6)
	106,00	/mm ³	(50 - 500)
Polynucléaires Basophiles	0 *	%	(0,1 - 1,2)
	0,00 *	/mm ³	(Inférieur à 50)

Dr Bennani Zahra

Médecin Biologiste

Laboratoire Al Kawtar
Av. Md El Fassi Rte Imouzzar Fes
INPE: 14716679



CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - فاس
Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoiralkawtar@gmail.com



مختبر الكوثر للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AL KAWTAR D'ANALYSES MEDICALES

— Hemato-cytologie - Biochimie - Serologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction —

الدكتورة زهرة بناني

DR. BENNANI ZAHRA

Médecin spécialiste en Biologie Médicale

Mr REHOUMA MOHAMED

Dossier N° : 221121-366 du 22/11/2021

Page : 2 / 2

BIOCHIMIE SANGUINE

ARCHITECT PLUS Ci 4100

Glycémie à jeun

Technique enzymatique à l'Hexokinase

5,09 *

g/l

Valeurs Usuelles

(0,7 - 1,1)

Antériorité

28,25 *

mmol/l

(3,89 - 6,11)

Créatinine sérique

Technique colorimétrique Jaffé

40,39 *

mg/l

(7,2 - 12,5)

357,45 *

μmol/l

(53,1 - 115,05)

Hémoglobine glyquée : HBA1c

Boditech AFIAS-immunofluorescence

9,74 *

%

(4,5 - 6,5)

VITAMINES

ARCHITECT PLUS Ci 4100

Vitamine B12

Technique Chimiluminescence

409,00

pg/ml

Valeurs Usuelles

(187 - 883)

Antériorité

301,76

pmol/l

(138 - 652)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Dr Bennani Zahra

Médecin Biologiste

Laboratoire Al Kawtar

Av. Md El Fassi Rte Imouzzar Fes

INPE: 147156797



CNSS : 7485627 - PATENTE : 13001859 - IF : 39448450 - ICE : 002386030000031

مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES شارع محمد الفاسي طريق إيموزار - فاس

Tél : 05 35 69 30 35 • Urgences : 06 62 21 82 32 / E-mail : laboratoirealkawtar@gmail.com