

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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

M22- 0012402

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : M6141

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Migiame KHADIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670839684 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

soins par personne et par

doit être accompagnée de toutes
originales (ordonnances médi-
tats des examens de radiologie et/

de la personne soignée doivent
praticiens eux- mêmes sur chaque

ansmises doivent être accompa-
parres des médicaments achetés

s ainsi que les pièces
ent être présentées à la CNSS
nois qui suivent le premier acte
y a traitement médical continu.
cas, le dossier doit être présenté
(60) jours qui suivent la fin du trai-

t des frais engagés sera effectué sur
ation nationale de référence.

ons ne peuvent donner lieu au
ue suite à accord préalable. La liste
est disponible auprès de tout le ré-

x accidents du travail et maladies
ne sont pas couverts.

upable de fraude ou de fausse
obtenir des prestations qui ne sont
sible des sanctions légales et

mboursement prise par la CNSS est
respect des conditions réglemen-
ii précède.

توقيع وطابع الوكالة
et signature de l'agence

agent :

er : تاريخ الإيداع :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم 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، ما عدا 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
لأنحة 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 ما سبق
ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تاريخ الاستلام : Date d'arrivée :

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf: 610-1-02 مرجع رقم Réf ANAM: 1.2.01.01
Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة Entente préalable*	تنفيذ Exécution*

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : HASSAN MANSOUR	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 193198317	رقم التسجيل :
N° CIN : 519668	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : 57 rue de Louis euron	العنوان :
Montant des frais : 950DH	مبلغ المصاريف : Dhs
Nombre de pièces jointes : 6	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : HASSAN MANSOUR	الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 06/05/1956	تاريخ الميلاد :
N° CIN : 519668	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : M	الجنس : ذكر
الرقم الوطني للمريض والرقم المشفر : **	
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
Type de soins* Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Amومة Accident <input checked="" type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض	نوع العلاجات :
أشيد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant	
Fait à : حرر ب :	Fait à : حرر ب :
le : 03/03/2022	في : 03/03/2022
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant Nationale des Professionnels de santé et des Établissements de soins) ainsi que le code à barre

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء - الهاتف : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

CNSS - Place de Dakar - Casablanca B.P. : 2186

Description des actes effectués		وصف العمليات المجرأة		
تاريخ Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant Facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du médecin traitant
13/12	C			Dr. ABDELKRIM DUIS Médecine Générale 51, Rue 40 Ain Chifa 2 Casablanca tel: 0522 23 44 25
code à barres :				
code à barres :				

CIM - 10

Paramédicaux		عمليات المساعدين الطبيين			
تاريخ Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant Facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et cachet du Paramédical
code à barres :					
code à barres :					

CIM - 10 : Classification internationale des maladies

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	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et cachet du Radiologue ou Biologiste	
04.03.22		B:850	950DH	Dr. BOUAYES KHAIROUDA 438, Bd 6 Novembre C.D Casablanca	
INPE et code à barres :					
0930611411					
INPE et code à barres :					

رد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à barres :		
INPE et code à barres :		

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



09-07-2020

LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald)

1.03 g/L

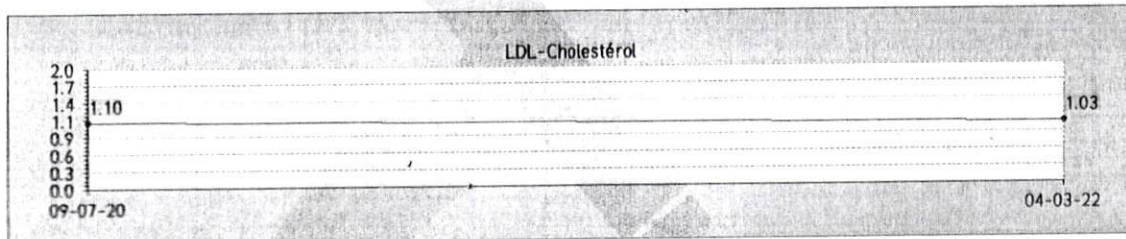
2.66 mmol/L

1.10

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM de mars 2005 :

- 0 Facteur de risque : LDL < 2,20 g/L (5,70 mmol/L)
- 1 Facteur de risque : LDL < 1,90 g/L (4,90 mmol/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL < 1,60 g/L (4,14 mmol/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 1,30 g/L (3,36 mmol/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 1,00 g/L (2,58 mmol/L)

Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.



Transaminases GPT (ALAT)

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

16 UI/L

(5-55)

Transaminases GOT (ASAT)

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

17 UI/L

(5-40)

Gamma glutamyl-transférase (GGT)

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

9 UI/L

(8-45)

SEROLOGIE INFECTIEUSE

SEROLOGIE HELICOBACTER PYLORI

Titre des IgG :

2.01 UI/mL

(<0.75)

Interprétation :

- < ou = à 0,75 : Sérologie négative
- Entre 0,75 et 1,00 : Sérologie douteuse
- > ou = à 1,00 : sérologie positive

Le laboratoire LABONIL vous informe qu'il dispose du test de recherche de l'antigène de l'Helicobacter pylori dans les selles, un outil non invasif du suivi du traitement.

Demande validée biologiquement par : Dr Dr HOUDA BOUTAYEB

LABONIL

Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste

Prélèvement à domicile sur : 438, Bd 6 Novembre - Casablanca



09-07-2020

Cholestérol total

(Dosage enzymatique – Roche Diagnostics Cobas)

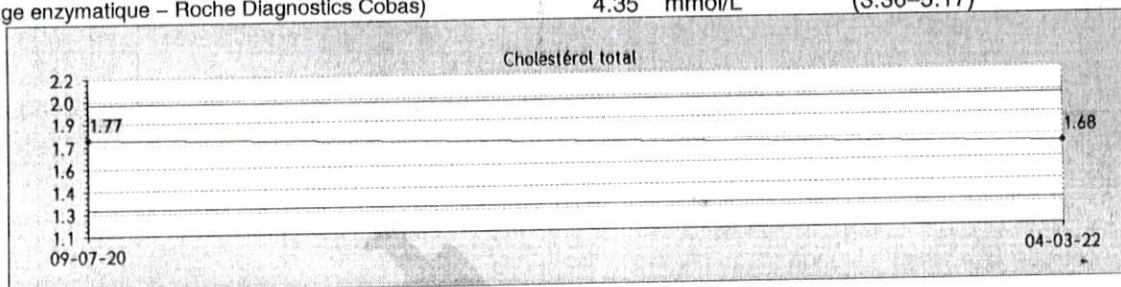
1.68 g/l

(1.30–2.00)

1.77

4.35 mmol/L

(3.36–5.17)



Résultats sous réserve d'un respect strict de 12 heures de jeun.

09-07-2020

Triglycérides

(Dosage enzymatique – Roche Diagnostics Cobas)

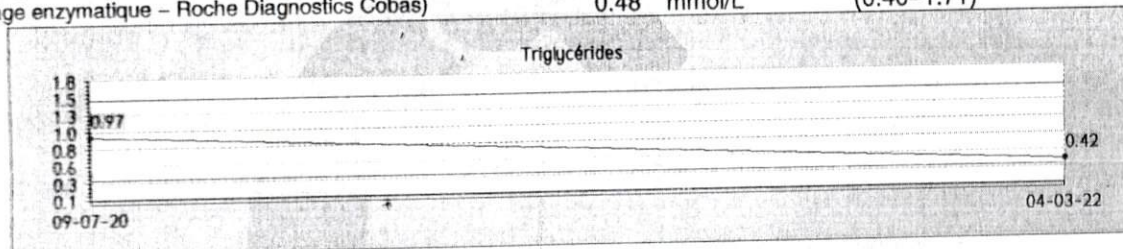
0.42 g/L

(0.35–1.50)

0.97

0.48 mmol/L

(0.40–1.71)



Résultats sous réserve d'un respect strict de 12 heures de jeun.

09-07-2020

HDL-Cholestérol

(Dosage enzymatique – Roche Diagnostics Cobas)

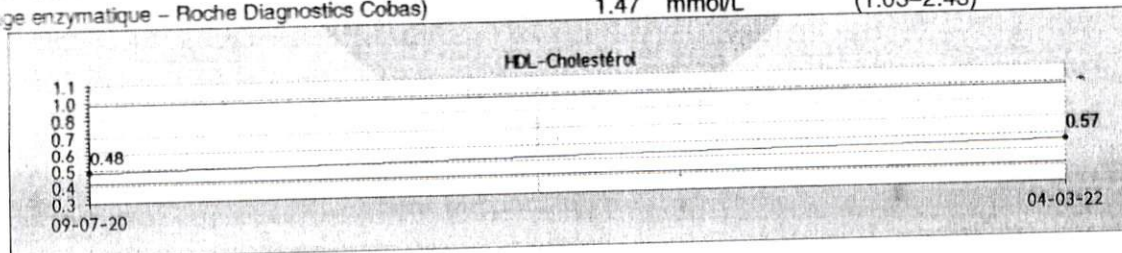
0.57 g/L

(0.40–0.94)

0.48

1.47 mmol/L

(1.03–2.43)



LABONIL

Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA

Médecin Biologiste

438, Bd 6 Novembre C.D Casablanca

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

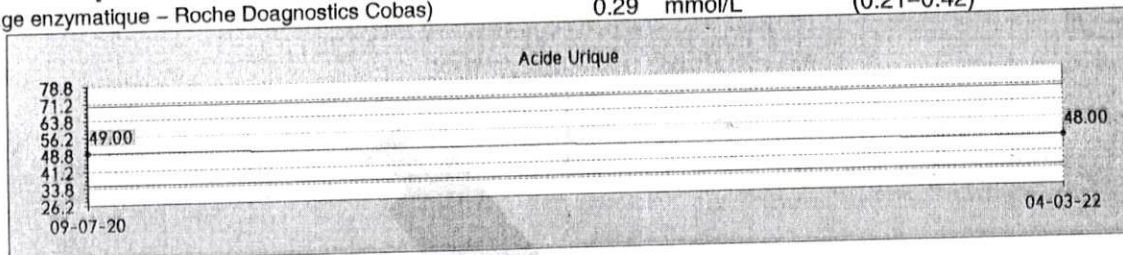
09-07-2020

49

Acide Urique

(Dosage enzymatique – Roche Diagnostics Cobas)

48 mg/L (35–70)
0.29 mmol/L (0.21–0.42)



Créatinine

(Dosage cinétique de Jaffé – Roche Diagnostics Cobas)

8.2 mg/L (5.0–13.0)
72.6 µmol/L (44.3–115.1)

Estimation du débit de filtration glomérulaire

Clairance de la créatinine estimée selon MDRD

(sur examen de sang, selon Modification of Diet in Renal Disease)

121 mL/min

Interprétation des résultats selon les recommandations HAS de septembre 2002 :

- Clairance normale : > à 60 mL/min
- Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min

Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H – Roche Diagnostics Cobas)

1.70 g/L (0.70–1.10)
9.44 mmol/L (3.89–6.11)

26-11-2021

8.37

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC selon le DCCT/ NGSP)

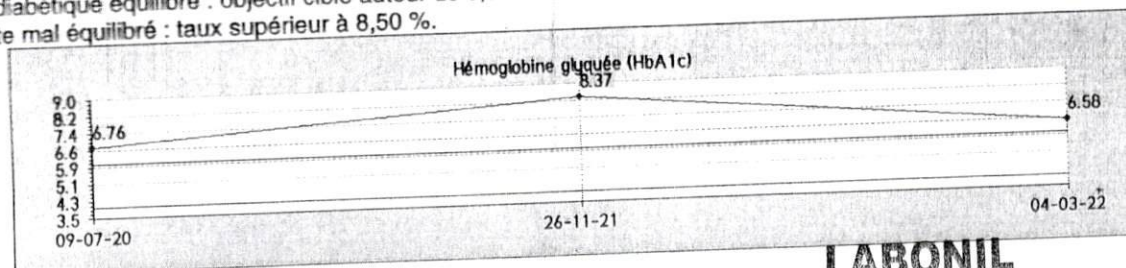
6.58 % (4.00–6.00)

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.



LABONIL

Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA

Médecin Biologiste

438, Bd 6 Novembre C.D Casablanca

Prélèvement à domicile sur Rendez-vous



Prélèvement du : 04-03-2022
Code Patient : 1912050034
Date de naissance : 06-05-1956 (65 ans)

Mr Hassan MANSOURI

N° du dossier : 2203040042
Médecin : Dr DRISS ABDELKARIM

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XS 1000i)

"Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) et l'âge de grossesse"

Hématies :	4.91	M/mm ³	(4.30-5.76)
Hémoglobine :	14.8	g/dL	(13.5-17.2)
Hématocrite :	42.4	%	(39.5-50.5)
VGM :	86	fL	(80-101)
TCMH :	30	pg	(27-34)
CCMH :	34.9	g/dL	(28.0-36.0)
Leucocytes :	6 400	/mm ³	(3 600-10 500)
Polynucléaires Neutrophiles :	50 %	Soit 3 200 /mm ³	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	36 %	Soit 2 304 /mm ³	(1 000-4 000)
Monocytes :	12 %	Soit 768 /mm ³	(-1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	2 %	Soit 128 /mm ³	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	0 %	Soit 0 /mm ³	(0-150)
Plaquettes :	197 000	/mm ³	(150 000-450 000)

Commentaire :

Hémogramme normal.

VITESSE DE SEDIMENTATION (Méthode de Westergreen)

VS 1ère heure : 5 mm
VS 2ème heure : 11 mm

Valeur de référence VS 1ère heure: Homme (VS < âge/2), Femme [VS < (âge+10)/2]

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C.D Casablanca

Prélèvement à Domicile sur Rendez-vous



FACTURE N° : 220002518

Casablanca le 04-03-2022

Code INPE : 093061141



Mr Hassan MANSOURI

Demande N° 2203040042
Date de l'examen : 04-03-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E
	Créatinine	B30	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	LDL calculé	B50	B
	Triglycérides	B60	B
	MDRD (Clairance créatinine estimée)	B30	B
	Acide urique	B30	B
	Cholestérol total	B30	B
0100	Glycémie	B100	B
0106	Hémoglobine glycosylée	B80	B
0118	Numération formule	B30	B
0119	VS	B180	B
0216	Hélicobacter pylori	B50	B
0223	ASAT (transaminase GOT)	B50	B
0270	ALAT (Transaminase GPT)	B50	B
	Gamma G.T.	B50	B

Total des B : 850
Total des E : 17

TOTAL DOSSIER : 950.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent cinquante dirhams

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre Casablanca

Docteur Driss ABDELKARIM

Médecine Générale

Ex. médecin Militaire

Diplômé en Echographie

Membre de l'association Marocaine
des Echographistes

الدكتور ادريس عبدالكريم

الطب العام

طبيب عسكري سابقا

دبلوم في الفحص بالصدى

عضو في الجمعية المغربية

للفحص بالصدى

Casablanca, Le 03/03/2022 الدار البيضاء في

MANSOURI - HASSAN

1/ NED - VS

2/ Aude nige

3/ chakhal tll + HML + LML

4/ Englynd

5/ gye + H2O

6/ hinton + clonaz + m-ha m-nb

7/ ASAT, ALAT, 8AD

8/ Shalya Hika bch

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biogéographe
438, Bd 6 Novembre C.D Casablanca

Dr. ABDELKRIM DRIS
Médecine Générale
51, Rue 40 Ain Chifa 2
Casablanca
Tél: 05 22 28 44 25

05 22 28 44 25 شلوع بوشعيب الدكالي . عين الشفاء 2 زنقة 40 رقم 51 - الدار البيضاء - الهاتف

Bd. Bouchaib Doukali, Ain Chifa 2, Rue 40, N°52 - Casablanca - Tél: 05 22 28 4 25

E-mail : tafraouti@igmail.com



Référence structurée : 220515930015248

Famile à Casablanca le : 11/11/2011

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

MANSOURI HASSAN
57 RUE DE ROME RES WALILI C
CASABLANCA 2000

Nº de identificación: 193196317

Riprenduto da: 05/2022

Mode de paiement	: Virement
------------------	------------

Informations :

^a Not available

مركز الإشعار بالانقضاء	تاريخ العلاج	العمليات	مهتمو الخدمة	مبلغ الخصومات	القيمة المرجعية	المطابق	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accréd. de réception	Date de soins	Actes	Prestateurs de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
MANSSOURI HASSAN										
104094054	23/03/2022	CS	MR ABDELKARIM DRESS	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	60	0,00
104094054	23/03/2022	IS	LAERNE	990,00	1,10	321,00	110	959,10	60	575,46
Total remboursé pour HASSAN										654,50
Total général remboursé										654,50

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطنا أو ثمنيات