

# 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

- 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° P19-0035963

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2174 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 148600  
Nom & Prénom : ARMY Amal  
Date de naissance : 23/10/52  
Adresse : Res. Eden Tamar, Imme 2151  
Dan Danazza  
Tél. : 06 18269668 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 : .....

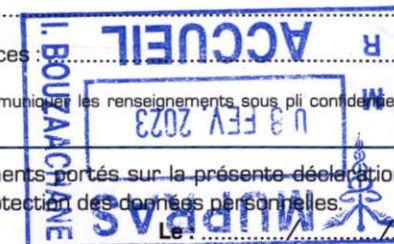
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....





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 : 02/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 192133520

رقم التسجيل

Destinataire

AZMY AMAL

Règlements de la période

du : 03/01/2023 : من  
au : 03/01/2023 : إلى

أداءات الفترة

Veuillez 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 إرسال الإداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
AZMY AMAL											
94410744	28/10/2022	PH	PHARMACIES D	402,70	0,00	1,00	8,00	0,00	0,00	03/01/2023	290,13
94410744	28/10/2022	T119	OFFICINES RADIOLOGIE	250,00	150,00	15,00	1,00	150,00	95,00	03/01/2023	142,50
94410744	28/10/2022	C	MEDECINE GENERALE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	95,00	03/01/2023	76,00
Total remboursé											508,63
Total général remboursé											508,63

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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



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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :  
Le : 02/02/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation	192133520	رقم التسجيل	AZMY AMAL
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 16/11/2022	من		
au : 16/11/2022	إلى		

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	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
AZMY AMAL											
94410743	18/10/2022	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	95,00	16/11/2022	237,50
94410743	18/10/2022	CG	CARDIOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	95,00	16/11/2022	0,00
94410743	18/10/2022	B	LABORATOIRES D ANALYSES	2571,00	2090,00	1900,00	1,00	2090,00	95,00	16/11/2022	1985,50
Total remboursé											2223,00
Total général remboursé											2223,00

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 إلى الضمان على الأرقام

Date : lundi 14 novembre 2022 التاريخ:  
Heure : 11 h 41 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

AZMY AMAL  
RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA  
27223  
CASABLANCA



94410743

N° CNSS	192133520	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B154971	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	3228 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	6 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	AZMY AMAL	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel. تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.cnss.ma/Portail/

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

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 ألو الضمان على الأرقام

05 22 41 80 55

Fax

06 08 89 06 19

Tel

CASABLANCA

Ville

37, rue Socrate - Maarif

العنوان

Adresse

SOCRATE

وكالة

Agence

/ 20

Extention-

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 مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فوائير، ...).

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. لاأثمة 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 style="text-align: center;">توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p style="text-align: center;">خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : _____</p> <p>Date de dépôt du dossier :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Date d'arrivée :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

 الضمان الإجتماعي +الRO+ +الCB+ <b>CNSS</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
خاص بالمؤمن له (ها)		
Nom et prénom : <b>ARMY AMAL</b>		
N° Immatriculation : <b>1952133520</b>		
N° CIN : <b>B154971</b>		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <b>Es Eden Tawerns Imm 21 B1 Agf 1 Tawerns 1 Durbolazza</b>		
Montant des frais : <b>3228,00</b> درهم		
Nombre de pièces jointes : <b>10P</b>		
Déclaration du Médecin traitant		
تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins		
المستفيد من العلاجات		
Nom et prénom : <b>ARMY AMAL</b>		
Date de naissance : <b>1952</b>		
N° CIN : <b>B154971</b>		
Sexe* : <b>M</b> <input type="checkbox"/> نكر <b>F</b> <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		
INPE et code à barres **		
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر**		
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
Type de soins Admission ALD *		نوع العلاجات قبول المرض المزمن *
N° dossier ALD : <b>1952133520</b>		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : <b>1952133520</b>		رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant Fait à : <b>Amal</b> Le : <b>1952133520</b>		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>Amal</b> Le : <b>1952133520</b>
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

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

دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

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

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

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

DR. ABIDI GHIZLANE

SPÉCIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE  
ET IMAGERIE VASCULAIRE NON INVASIVE

Diplômée d'imagerie vasculaire non invasive de l'université Paris Descartes  
Diplômée d'échocardiographie de l'université Bordeaux Segalen  
Ancien interne de l'hôpital Ibn Rochd Casablanca et du centre hospitalier  
Princesse Grace de Monaco

الدكتورة عابدي غزلان

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى

خريجة كلية الطب بالمستشفى الجامعي  
بالدار البيضاء وبمستشفى موناكو

مركز تشخيص أمراض القلب والشرايين  
CENTRE D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

NOM :

PRÉNOM :

Date :

☒ NFS

☐ O- Fer Sérique

☐ O- C PK

☒ VS

☒ O- Ferritine

☐ O- CPK - mb

☐ O- CRP

☒ O- Cholestérol total

☐ O- Troponine

☒ O- Urée

☒ O- Cholestérol HDL

☐ O- D-Dimères

☒ Créatinine

☒ O- Cholestérol LDL

☒ TSHus

☒ Acide urique

☒ O- Triglycérides

☐ O- T3

☒ Monogramme sanguin

☐ O- Bilirubine libre et conjuguée

☐ O- T4

☒ Glycémie à jeun

☐ O- Phosphates alcalines

☐ O- PSA

☒ Hb A1 C

☐ O- LDH

☐ O- Antigène HBS

☐ O- Glycémie Post Prandiale

☒ O- Transaminases

☐ O- Anticorps anti - HVC

☐ O- TP-INR

☐ O- Gamma - GT

☐ O- TCA

☐ O- MicroAlbuminurie des 24 heures

☐ O- Fibrinogène

☐ O- ECBU

☐ O- Heparinemie

☐ O- TS

☐ O- Activité anti Xa

☐ O- AT III

☐ O- Protéine C

☐ O- Protéine S

☐ O- Facteur V Leiden

☐ O- Fracture Rhumatoïde

☐ O- ASLO

DR GHIZLANE ABIDI  
Spécialiste en Pathologie Cardiovasculaire  
et Imagerie Vasculaire Non Invasive  
89, Av Stendhal, 1<sup>er</sup> Etage, Val Fleuri, Maarif  
Tél : 05 22 25 45 34 - Urgence : 06 62 10 24 12

ACE -  
Quintid - OH

89 AVENUE STENDHAL, N° 1, VAL FLEURI, MAARIF - CASABLANCA - BP 20390  
TÉL: 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com

DR. ABIDI GHIZLANE

SPÉCIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE  
ET IMAGERIE VASCULAIRE NON INVASIVE

Diplômée d'imagerie vasculaire non invasive de l'université Paris Descartes  
Diplômée d'échocardiographie de l'université Bordeaux Segalen  
Ancien interne de l'hôpital Ibn Rochd Casablanca et du centre hospitalier  
Princesse Grace de Monaco

الدكتورة عابيدي غزلان

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى

خريجة كلية الطب بالمستشفى الجامعي  
بالدار البيضاء وبمستشفى موناكو



Lot: 220240  
A consommer  
avant le: 04/2025  
PPC: 89,50 DH

Casablanca, le : 18/10/2022

Ordonnance



Mme AZMY AMAL

F boost  
1cp /J le matin  
  
D3 norm  
10gouttes / J 1mois

TTT 1mois

**FBoost**  
Antioxydants

Dr. Mou...  
Rte d'Azemmou...  
Tel: 05 22 95 01 16  
06 62 10 24 12

Lot N° : FB04  
Exp : 09/2024  
FPC : 267,50 DH

Docteur Ghizlane ABIDI

Dr Ghizlane ABIDI  
Spécialiste en pathologie  
cardiovasculaire non invasive  
et imagerie vasculaire non invasive  
89, Avenue Stendhal, N° 1, Val Fleuri, Maarif - Casablanca - BP 20390  
Tél: 05 22 95 01 16 / 06 62 10 24 12

89 AVENUE STENDHAL, N° 1, VAL FLEURI, MAARIF - CASABLANCA - BP 20390  
TÉL: 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com

**DR.ABIDI GHIZLANE**

Spécialiste En Pathologie Cardiovasculaire

Et Imagerie Vasculaire Non Invasive

89 Avenue Stendhal, N°1 Val Fleuri, Maarif - CASABLANCA

**AZMY AMAL**

N° patient

Date de naissance 23.10.1952 (69 Y.)

Sexe Unknown

ECG de repos Évaluation du 18.10.2022 16:03

**Données examen**

QRS (ms)	87
P (ms)	116
PQ (ms)	142
QT (ms)	400
QTc B. (ms)	429 (110%)
QTc disp. (ms)	36
Axe QRS	-2°
FC	69
RR moy (ms)	870

**Rapport non confirmé**

rythme sinusal-cardiaque normal

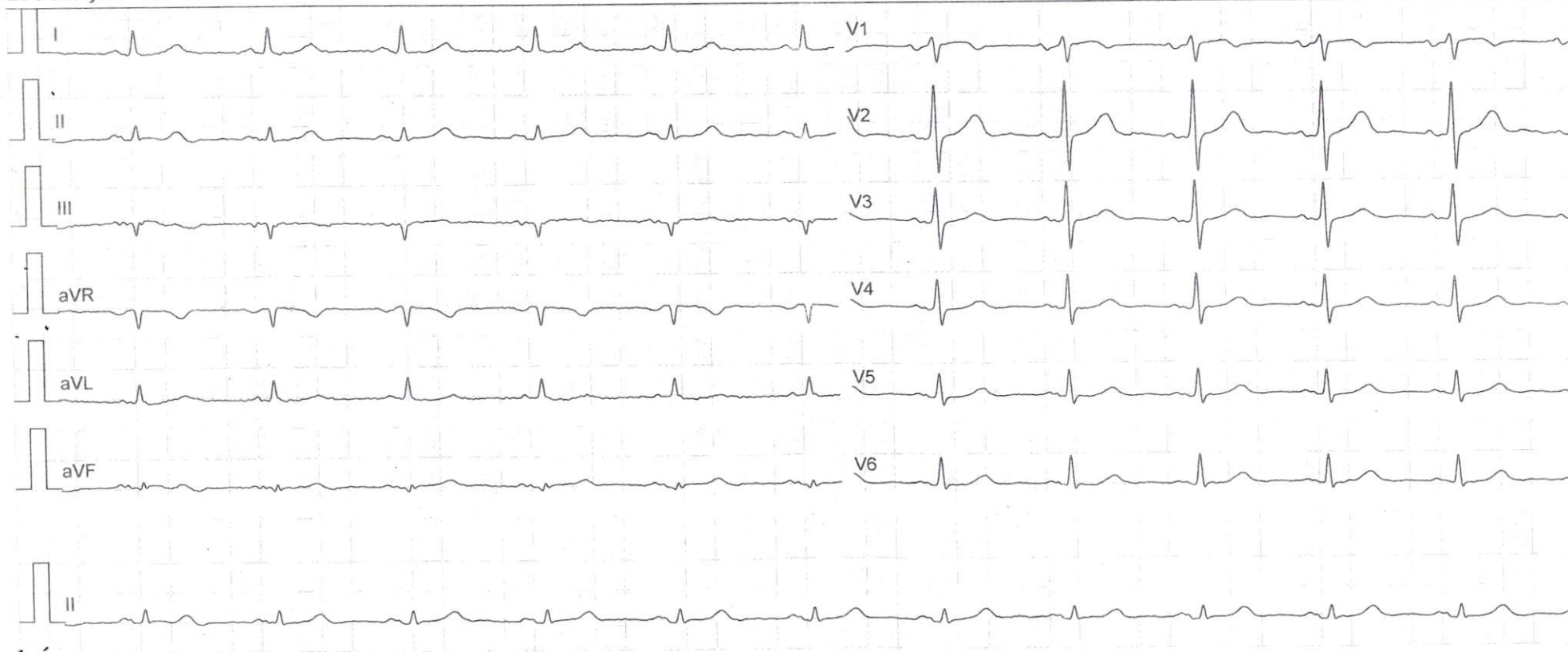
type gauche

ECG normal

DR GHIZLANE ABIDI  
Spécialiste En Pathologie Cardiovasculaire  
Et Imagerie Vasculaire Non Invasive  
89 Avenue Stendhal, N°1 Val Fleuri, Maarif - CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 23 23

ECG analysé FC: 69

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 45Hz / 50Hz true wave®)





Casablanca, le 28/10/2022

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 271022-045 Pvt du: 27/10/2022 11:35

Nom : Mme AZMY Amal

Demandé par Dr : ABIDI GHIZLANE

Page : 1/3

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
<b>ERYTHROCYTES</b>	:	4,67 M/ $\mu$ l	(4 - 5,4)	4,34 (13/06/19)
Hémoglobine	:	12,00 g/dl	(12 - 16)	12,50 (13/06/19)
Hématocrite	:	37,80 %	(35 - 47)	38,00 (13/06/19)
VGM	:	<b>80,90</b> fL	(85 - 95)	87,56 (13/06/19)
TCMH	:	<b>25,70</b> pg	(27 - 32)	28,80 (13/06/19)
CCMH	:	<b>31,75</b> g/dl	(32 - 36)	32,89 (13/06/19)
<b>LEUCOCYTES</b>	:	5 920 /mm <sup>3</sup>	(4000 - 10000)	4380 (13/06/19)
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>	:			
Polynucléaires Neutrophiles	:	56,70 % Soit 3357/mm <sup>3</sup>	(1500 - 7000)	2291 (13/06/19)
Polynucléaires Eosinophiles	:	4,70 % Soit 278/mm <sup>3</sup>	(Inférieur à 400)	180 (13/06/19)
Polynucléaires Basophiles	:	1,20 % Soit 71/mm <sup>3</sup>	(Inférieur à 150)	9 (13/06/19)
Lymphocytes	:	26,90 % Soit 1592/mm <sup>3</sup>	(1500 - 4000)	1410 (13/06/19)
Monocytes	:	10,50 % Soit 622/mm <sup>3</sup>	(40 - 800)	491 (13/06/19)
<b>PLAQUETTES</b>	:	302,00 10 <sup>3</sup> / $\mu$ l	(150 - 400)	268,00 (13/06/19)

#### VITESSE DE SEDIMENTATION

Première heure	:	<b>19</b> mm	(Inférieur à 10)	19 (13/06/19)
Deuxième heure	:	<b>42</b> mm	(Inférieur à 20)	48 (13/06/19)

Laboratoire Dar Bouazza

Dr. BAHRI Leyla

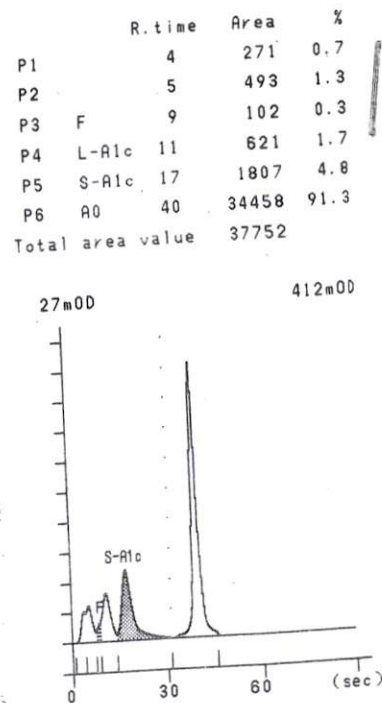
Mme AZMY Amal

Dossier N° : 271022-045

Page : 2/3

**BIOCHIMIE**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	:	0,97 g/l	(0,7 - 1,15)	0,02 (28/06/18)
Hémoglobine glycosylée	:	5,00 %	(4. =====	HA-8380V V01.12 ===== 27-10-2022 13:05 Var. MEAS No. 0020 Port No. 0002 ID 1271022045-----
(Technique : HPLC (ADAMS A1C Lite))				
Cholestérol total	:	2,20 g/l	(1,5	
Résultat contrôlé.				HbA1c 31 mmol/mol
HDL-Cholestérol	:	1,04 g/l	( Supérieur	HbA1c 5.0 %
LDL-Cholestérol	:	0,95 g/l	( Inférieur	HbF 0.3 %
<b>Triglycérides</b>				
Aspect du sérum	:	Limpide		
Résultat	:	1,06 g/l	(0,5 - 1	
Ferritine	:	9,37 ng/ml	(12 - 24	
(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)				
Urée	:	0,38 g/l	(0,15 - 0,27m00	412m00
Créatininémie	:	8,61 mg/l	(5,1 - 9,;	
(Technique : Enzymatique (Changement de technique depuis le 03/12/2018))				
Acide Urique 1	:	55,75 mg/l	(26 - 60	
Sodium	:	138,40 mEq/l	(135 - 148	
(Technique : ISE Easy lyte Plus)				
Potassium	:	3,86 mEq/l	(3,5 - 5,3	
(Technique : ISE Easy lyte Plus)				
Chlore	:	108,50 mEq/l	(98 - 107)	
(Technique : ISE Easy lyte Plus)				



**ENZYMOLOGIE**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	:	11,86 UI/l	( Inférieur à 31 )	12,65 (28/06/18)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	6,19 UI/l	( Inférieur à 31 )	6,35 (28/06/18)

Laboratoire Dar Bouazza  
Dr. BAHRI Leyla  
05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19  
05 22 96 57 60

Mme AZMY Amal

Dossier N° : 271022-045

Page : 3/3

**ENDOCRINOLOGIE**

TSH us

: 1,39  $\mu$ UI/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

1,25 (20/06/19)

- Euthyroidie : 0,25 à 5  $\mu$ UI/ml
- Hyperthyroidie : < 0,15  $\mu$ UI/ml
- Hypothyroidie : > 7  $\mu$ UI/ml

**VITAMINES**

VITAMINE D ( 25 Hydroxycholécalférol ) - D2 + D3 33,70 ng/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

8,50 (13/06/19)

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

- Déficient : < 20 ng/ml
- Insuffisant : 20 à 29 ng/ml
- Suffisant : 30 à 100 ng/ml
- Toxicité potentielle : > 100 ng/ml

**MARQUEURS SERIQUES**

Antigène Carcino-Embryonnaire (ACE)

: 1,44 ng/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

- Tous sujets : < 4.7
- Fumeurs : < 5.5
- Non Fumeurs : < 3.8

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza  
Dr. BAHRI Leyla



Date : lundi 14 novembre 2022 التاريخ:  
Heure : 11 h 42 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

AZMY AMAL  
RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA  
27223  
CASABLANCA



94410744

N° CNSS	192133520	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B154971	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	852 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	AZMY AMAL	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

سيديتي، سيدي،

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

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 الوضمان على الأرقام

05 22 41 80 55

Fax

06 08 89 06 19

Tel

CASABLANCA

المدينة

Ville, 37, rue Socrate - Maarif

Extelion-

العنوان

Adresse

SOCRATE

وكالة

Agence

تعليمات يجب إتباعها

une feuille de soins par personne et par ent.

e de soins doit être accompagnée de toutes es justificatives originales (ordonnances es, factures...).

1 et prénom de la personne soignée  
être portés par les praticiens eux mêmes  
que feuille de soins.

donnances transmises doivent être  
agnées des codes à barres des  
nents achetés.

le de soins ainsi que les pièces  
tives doivent être présentées à la CNSS  
deux mois qui suivent le premier acte  
l, sauf s'il y a un traitement médical  
Dans ce dernier cas, le dossier doit être  
dans les soixante (60) jours qui suivent  
traitement.

boursement des frais engagés sera sur la base de la tarification nationale de :

es prestations ne peuvent donner lieu au  
sement que suite à un accord préalable.  
de ces dernières est disponible auprès de  
seau CNSS.

ques liés aux accidents du travail et s professionnelles ne sont pas couverts.

ersonne coupable de fraude ou de fausse  
ion pour obtenir des prestations qui ne  
dues, est passible des sanctions légales  
nentaires.

ation de remboursement prise par la  
st subordonnée au respect des conditions  
ntaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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  
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، معاداً في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) 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	<u>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</u> <u>Réservé à la DAMO</u>
Identification de l'agent : _____  تاريخ الإيداع :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	Date d'arrivée :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   تاريخ الاستلام :

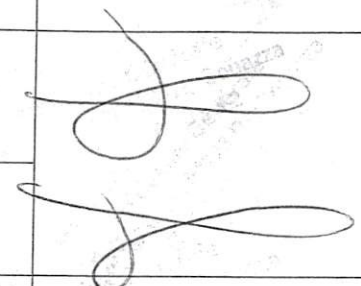
 الضمان الاجتماعي +الIO8+ +الC8+ <b>CNSS</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : <b>AZMY AMAL</b>		الاسم العائلي و الشخصي:	
N° Immatriculation : <b>191433520</b>		رقم التسجيل:	
N° CIN : <b>B154974_1_1</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية:	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : <b>Ros Eden Tamaris Im 2151 Apt 1 Tamaris 1 Darboua 22a</b>		العنوان:	
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
<b>Déclaration du Médecin traitant</b>			
Bénéficiaire de soins		تصريح الطبيب المعالج	
Nom et prénom : <b>AMAL AMAL</b>		الاسم العائلي و الشخصي:	
Date de naissance : <b>28/10/1952</b>		تاريخ الإزدياد:	
N° CIN : <b>B154974_1_1</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية:	
Sexe * : <b>M</b> <input type="checkbox"/> ذكر		الجنس * : <b>F</b> <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشترك **	
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
<b>Type de soins</b>			
Admission ALD * :		قبول المرض المزمن * :	
N° dossier ALD :		رقم ملف المرض المزمن :	
Code ALD :		رمز المرض المزمن :	
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض		Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à : <b>28/10/2014</b>		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Le : <b>28/10/2014</b>		Fait à :	
Le :		Le :	
توقيع المؤمن له		توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Signature de l'assuré (e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

\* Cocher la mention utile pour chaque case

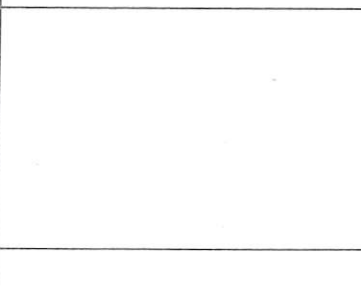
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 الدار البيضاء - المحطة - الهاتف - 2186 ب.ب. الدار البيضاء ص. 2186  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333


Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 2200 / 080 203 333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العما 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	
28/10/2022		C1	200,00		
et code à Barres _ _ _ _ _					
et code à Barres _ _ _ _ _					
et code à Barres _ _ _ _ _					

CIM-10

Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ ال es 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	
						
et code à Barres _ _ _ _ _						
et code à Barres _ _ _ _ _						
et code à Barres _ _ _ _ _						

Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
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	
28/10/2022	225		250,00	 <p>Dr. Nassan BELLLOUN Spécialiste en Imagerie Médicale 1, Rue Socrate - Casablanca Tél : 0622.39.07.07</p>	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلث المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
08/11/2022	364,80	 <p>Pharmacie EL HAMDOUJAH Dr. ZAIDI Harid Lot Anssari N°123 Bordj - Casablanca</p>		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _				
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

Docteur ESSARRAJ Houda

Médecine Générale  
Echographie  
Diplôme en Gynécologie  
Obstétrique et Infertilité  
de l'université de Bordeaux France



الدكتورة السراج هدى

الطب العام  
الفحص بالصدى  
شهادة طب النساء  
متابعة الحمل صعوبات الاجاب والعقم  
من جامعة بوردو فرنسا

## Ordonnance

Casablanca, le : 27/12/2012 الدار البيضاء, في:

Mr. Y. - Mr. A.  
Rx med. Face - profil  
gêne

دار بوعزة جزنة الأنصاري رقم 123 - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.29.09.12  
Dar Bouazza Lot. El ANSARI N° 123 - 1<sup>er</sup> Étage - Casablanca - Tél.: 0522.29.09.12

Im 1001+C S 1001  
Exam

28/10/2022  
16h14m06

Im 1  
Exa

G



S 1002

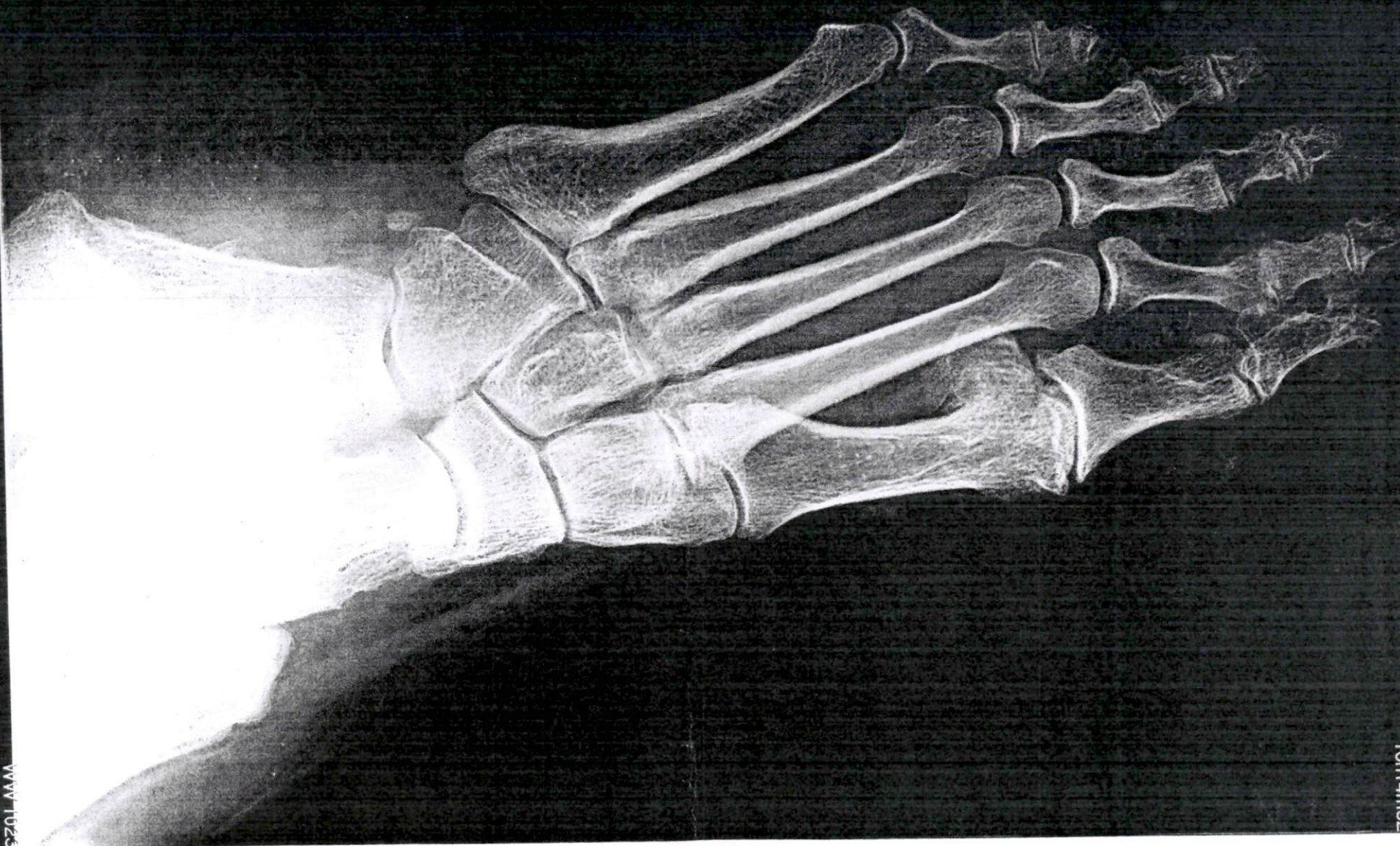
G

RADIOLOGIE CASABLANCA

AZMY AMAL

28/10/2022

16h14m32



WWW.1023  
WC 511



Groupe Radiologique de Casablanca  
Centre d'imagerie médicale

4, Rue Socrate, (Rond-point Romandie) - Casablanca  
Tél.: 05 22 39 07 07 (L.G)  
Fax: 05 22 39 03 03

Imaging for VisionPRINT  
blissio

Docteur ESSARRAJ Houda

Médecine Générale  
Echographie  
Diplôme en Gynécologie  
Obstétrique et Infertilité  
de l'université de Bordeaux France



الدكتورة السراج هدى

الطب العام  
الضخص بالصدى  
شهادة طب النساء  
متابعة الحمل صعوبات الاجاب والعقم  
من جامعة بورمو فرنسا

## Ordonnance

Casablanca, le :

الدار البيضاء, في:

08/11/2022  
1200 mg  
2. thionex 500 (42,  
29,20  
x2 14 j

polymed 2  
34

544  
63,20  
x2 14 j

31+2 = 42 Bnd other 8/1 a 525

46+3 = 49 valotine 1 - 8/1 17,20

دار بوعزة خزنة الانتصاري رقم 123 - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.29.09.12  
Dar Bouazza Lot. EL ANSARI N° 123 - 1<sup>er</sup> Étage - Casablanca - Tél.: 0522.29.09.12



UT.AV. :

P.P.V. :

UT.AV. :

P.P.V. :

LOT N° :

LOT N° :

Lot/Batch: 1PV3A  
Fab./mfg.: 10/2021  
EXP: 09/2024

**Solupred® 20mg**

SOLUPRED 20 MG  
CP EFF B20  
PPV : 58,40 DHS



**Doliprane® 1000 mg**  
PARACÉTAMOL  
10 Comprimés



PPV: 14DH00  
PER: 10/24  
LOT: K2748



AMM N° 356/14 DMP/21  
**Zyrtec® 10mg**  
15 comprimés pelliculés sécables



**BRONCHATHIOL® ADULTE**  
Carbocistéine 5%  
Solution Buvable 150 ml



**BRONCHATHIOL® ADULTE**  
Carbocistéine 5%  
Solution Buvable 150 ml



**BRONCHATHIOL®**  
Carbocistéine 5%

**BRONCHATHIOL®**  
Carbocistéine 5%

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aoudia  
Région de Rabat



**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH