

# 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

- 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062101

156345

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUAILLI A.F.I.F.A

Date de naissance : 02/11/96

Adresse : 52, RUE TERMIJ MAARIF CASAB

Tél. : 06 64 00 30 12 Total des frais engagés : 129,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade : JOUAILLI A.F.I.F.A 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 : Casa Le : 06/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 14/02/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 111688233 Règlements de la période du : 07/02/2023 : من au : 07/02/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire JUAHRI AFIFA المرسل إليه	

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	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
JUAHRI AFIFA											
102602218	23/01/2023	B	LABORATOIRES D	990,00	792,00	720,00	1,00	792,00	70,00	07/02/2023	554,40
102602218	23/01/2023	CS	ANALYSES CHIRURGIE GENERALE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	07/02/2023	105,00
Total remboursé											659,40
Total général remboursé											659,40

- 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  
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



# 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 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 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 إتباعها

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 معدا 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 بطل رهيا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الساجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : .....
Date de dépôt du dossier : .....	Date d'arrivée : .....

00 64 00 30 12	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Reg. ANAM : 12/01
موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : <b>JOUAHRI AFIFA</b>	خاص بالمؤمن له (لها)
N° Immatriculation : <b>141416189231</b>	رقم التسجيل :
N° CIN : <b>18141416318</b>	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	
Adresse : <b>SRUE TERMI MAARIF CASA</b>	العنوان :
Montant des frais : <b>1290,00</b> Dhs	مبلغ المصاريف :
Nombre de places jointes : .....	عدد الوثائق المرفقة :
Declaracion du médecin traitant	تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : <b>JOUAHRI AFIFA</b>	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : <b>10.2.1414141619</b>	تاريخ الميلاد :
N° CIN : <b>18141416318</b>	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : <b>M</b> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/>	الجنس :
INPE et code à barres **	الرقم الوطني الاستدائي والرقم المشر
Médecin traitant	الطبيب المعالج
Etablissement de soins	المؤسسة العلاجية
Type de soins *	نوع العلاجات *
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>31.1.1014141619</b> Le : <b>31.1.1014141619</b> توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>CASABLANCA</b> Le : <b>23.01.2023</b> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية 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





INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

**FACTURE N° : 230101447**

CASABLANCA le 27-01-2023

CNSS  
Mme Afifa JOUAHRI  
Prescripteur : Dr N. RADHI

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Val	Clefs	
9105	Prélèvement sanguin	E22	E	
0111	Créatinine	B30	B	
0118	Glycémie	B30	B	
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B	
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B	
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B	
0154	Ferritine	B250	B	
0216	Numération formule	B80	B	
0236	Taux de prothrombine	B40	B	
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B	
0370	CRP	B100	B	

Total des B : 720

TOTAL DOSSIER : 990.00 DH

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

Dr. Naoureddine LOUANJLI  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél : 0522 20 74 22 - 0522 29 77 06 - Fax : 0522 26 83 03

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - رب  
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000



Date du prélèvement : 27-01-2023 à 08:09  
Code patient : 2208250126  
Né(e) le : 02-11-1960 (62 ans)

Mme Afifa JOUAHRI  
Dossier N° : 2301270009  
Prescripteur : Dr N. RADHI

## HEMOSTASE

### Taux de prothrombine ( Patient non traité)

(Chronométrique STAGO - STA Satellite)

Temps de Quick Patient:	11.7 sec.	
Temps de Quick Témoin:	11.6 sec.	
Taux de Prothrombine	98 %	(70-120)
INR (International Normalised Ratio) :	1.03	(<1.30)

### Temps de céphaline + Activateur

(Chronométrique STAGO - STA Satellite)

TCA Temps patient	26.0 sec.	
TCA Temps témoin	30.0 sec.	
TCA Ratio patient/témoin	0.87	(<1.20)

### CONCLUSION

Bilan d'hémostase normal.

## BIOCHIMIE SANGUINE

### Glycémie à jeûn

(Hexokinase G6PD-H - Roche Diagnostics Cobas)

0.95 g/L	(0.70-1.10)
5.27 mmol/L	(3.89-6.11)

### Créatinine

(Dosage cinétique - Roche Diagnostics Cobas)

7.2 mg/L	(3.0-11.0)
63.7 µmol/L	(26.6-97.4)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"  
Au cours de l'IR( aigue ou chronique), la créatininémie (Cr) peut rester longtemps dans les fourchettes des valeurs usuelles alors que le D.F.G est très diminué. Pour cette raison, l'ANAES recommande que l'estimation du D.F.G soit associée à chaque dosage du Cr.

### Transaminases GOT (ASAT)

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

39 UI/L	(<40)
---------	-------

### Transaminases GPT (ALAT)

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

54 UI/L	(<55)
---------	-------

### Gamma G.T (GGT)

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

71 UI/L	(<35)
---------	-------

### Protéine C-réactive (CRP)

(Turbidimétrie HS - Roche Diagnostic Cobas)

1.8 mg/L	(<5.0)
----------	--------

### Ferritine

(Technique ECLIA - Roche Diagnostics Cobas)

76.0 ng/mL	(13.0-400.0)
------------	--------------

مختبر التحليلات الطبية لبوماك  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOMAC  
Dr. LOUANJLI Nouredine Biologiste  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél : 05 22 26 83 03 - Fax : 05 22 26 83 03  
Validé par Dr. Nouredine LOUANJLI  
page 2 / 2

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40.Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. رب. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - رب.

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000

Date du prélèvement : 27-01-2023 à 08:09  
Code patient : 2208250126  
Né(e) le : 02-11-1960 (62 ans)

Mme Afifa JOUAHRI  
Dossier N° : 2301270009  
Prescripteur : Dr N. RADHI



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (Automates : Sysmex XN-2000 et Mindray BC-6800)

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

<b>Hématies :</b>	4.59	M/mm3	(3.90-5.40)
Hémoglobine :	13.7	g/dL	(12.0-15.6)
Hématocrite :	41.4	%	(35.5-45.5)
VGM :	90	fL	(80-99)
TCMH :	30	pg	(27-34)
CCMH :	33.1	g/dL	(28.0-36.0)
RDW-CV :	13.2	%	(0.0-18.5)
<b>Leucocytes :</b>	5 890	/mm3	(3 900-10 200)
Polynucléaires Neutrophiles :	39	%	
Soit:	2 297	/mm3	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	51	%	
Soit:	3 004	/mm3	(1 000-4 000)
Monocytes :	6	%	
Soit:	353	/mm3	(<1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	3	%	
Soit:	177	/mm3	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	1	%	
Soit:	59	/mm3	(0-150)
<b>Plaquettes :</b>	260 000	/mm3	(150 000-450 000)

مختبر التحليلات الطبية لبومات  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOMAC  
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél : 05 22 47 33 83 - Fax : 05 22 26 83 03  
Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI  
Page 1 / 1

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. رب. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - رب.

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000





Chirurgie micro-invasive  
Chirurgie de l'obésité  
Chirurgie Carcinologique

23 JAN. 2023

Casablanca le, .....

Mme. Melle. Mr. Jouahri ABK

☒ NFS + Plaquet

☒ TP - TCK

☒ CRP

☒ Ferretine

☐ PROCALCITONINE

☐ HB GLYQUE

☐ UREE

☒ CREATININE

☒ Transaminases

☐ BILIRUBINE

☐ PHOSPHATASE ALCALINE

☐ AMYLASEMIE

parasitologie

☐ LIPASEMIE

☒ Y GT

☐ Test respiratoire de l'*Helicobacter pylori*

☐ TSH

☐ T4 LIBRE

☐ PSA

☐ CA19.9

☐ CA 125

☐ ACE

☐ GROUPAGE

☐ VS

☐ ELECTROPHORESE DE  
PROTEINE PLASMATIQUE

☐ IONNOGRAM COMPLET

☒ GLYCEMIE

☐ AC anti nucléaire

☐ AC anti DNA natifs

☐ Fibrinogène

☐ CHOLESTEROL

☐ TRIGLECERIDES

☐ ACIDE URIQUE

☐ Copro

☐ Aghbs

☐ HCV

☐ Charge virale

☐ HIV

☐ TPHA

☐ VDRL

☐ CMV

مختبر التحاليل الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. LOULACHAÏ ABOMAC  
40, Rue Prince Moulay Abdelah - Casa  
Tél: 0522 20 74 42 - 0522 29 17 25 - Fax: 0522 26 83 00

مختبر التحاليل الطبية  
Dr. N. RADHI  
0911 11 76 00  
Rue Atlas - Casa