

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0040404

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société : MUPRAS
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KAN A Neie AG4965
Date de naissance : 13/05/1970
Adresse : Skellia I Lot 81 me 1A Case AH
Tél : 066151 1709 Total des frais engagés : 141670 Dh

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



 الصندوق الاجتماعي للتأمين CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم
	Relevé périodique des prestations AMO		Page 1 / 1 الصفحة
Emis à : CASABLANCA Le : 15/01/2024		أصدر ب : بتاريخ :	المرسل إليه KANA MARIEM
N° d'immatriculation 110794049 Règlements de la période du : 15/01/2024 : من au : 15/01/2024 : إلى		رقم التسجيل 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	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإجراء	مبلغ التعويض
Numero 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
KANA MARIEM											
147947226	03/01/2024	PH	PHARMACIES D	228,70	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	13/01/2024	160,09
147947226	03/01/2024	B	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES	888,00	858,00	780,00	1,00	858,00	70,00	13/01/2024	600,60
147947226	03/01/2024	CS	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947225	02/01/2024	T233	RADIOLOGIE METABOLIQUES	600,00	410,00	41,00	1,00	410,00	70,00	13/01/2024	287,00
147947225	02/01/2024	R402	RADIOLOGIE	600,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
147947227	02/01/2024	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947227	02/01/2024	P	GYNECO OBSTETRIQUE	250,00	249,70	227,00	1,00	249,70	70,00	13/01/2024	174,79
147947227	02/01/2024	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
Total remboursé											1712,48
Total général remboursé											1712,48

- 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 appelez notre serveur vocal au numéro

ou contactez 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 بوابة المؤمنة للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكلر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Description des actes effectués				العمليات المصحرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Méd traitant	
03/11/14	CS		300014		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					


Dr. ELBADI SAÏDA
Endocrinologue - Diabétiologue
109, Bd Yacoub El-Mansour
Casablanca - Tél: 06 62 51 13 09

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
code à Barres						

Internationale des Maladies - dixième révision

0662 51 13 09

 وثيقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire رقم الملف: 610-1-02
N° Dossier : Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : KANA Niveln N° Immatriculation : 1-10-394049 N° CIN : _____ Liens de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : _____ Adresse : _____ Montant des frais : 1111670 Dhs. Nombre de pièces jointes : _____		خاص بالمؤمن له (ها) الاسم العائلي والشخصي: رقم التسجيل: رقم بطاقة التعريف الوطنية: علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها): Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن العنوان: مبلغ المصاريف: عدد الوثائق المرفقة:
Declaracion du médecin traitant بصريح الطبيب المعالج بénéficiaire de soins : KANA Niveln Nom et prénom : KANA Niveln Date de naissance : _____ N° CIN : _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى INPE et code à Barres : 03M9099A		المستفيد من العلاجات: الاسم العائلي والشخصي: تاريخ الميلاد: رقم بطاقة التعريف الوطنية: الجنس: الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المفسفر:
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
Type de soins Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثه Maladie <input type="checkbox"/> مرض		نوع العلاجات:
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بحسب كرامتي لصدق المعلومات المذكورة أعلاه. Fait à : Casablanca Le : 03/11/2014 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أشهد بصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Fait à : Casablanca Le : 03/11/2014 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 l'INPE (identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres لصق الوطوق الوطني للمهنيين الصحيين والأماكن الصحية - سنجة هاتيك - ب 2186 الدار البيضاء - المحطة - الهاتف : 080 203 3333 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

مع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM	المبلغ المفقوت Montant facturé
03/01/24		B 780	888

INPE et code à Barres

الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقوت Prix facturé	مع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
03/01/24	22870	<p>PHARMACIE ANNASSIM</p> <p>4 Oued Daouda Lotissement</p> <p>Habiba N°62/2 Oulfa casa</p> <p>ICE: 002042097000024</p> <p>Tel: 05 22 93 84 58</p>

INPE et code à Barres

INPE: 092010552

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

الدكتورة البديع سعيدة
Dr. EL BADII Saida

031124

KANA

49,60

Dans fort 1S

Signature Latrine

N° 62/2 Oulfa casa

ICE: 002042097000024

Tel: 05 22 93 84 58

visuel

1970 Argentil 1S

1970 1S

22870

Dr. EL BADII SAIDA

Endocrinologue - Diabétologue

283, Bd Yacoub El Mansour

283, Bd Yacoub El Mansour, Beauséjour Casablanca - Tél : 05 22 39 46 81. E-mail : elbadiendocrino@gmail.com

الدكتور عبد الباقى سعيدة

مستشار طبي في أمراض الغدد الصماء والسكري والضغط
بمركز تخصصي في الطب



Dr. EL BADII SAIDA

Endocrinologue - Diabétologue
283, Bd Yaacoub El Mansour, Beauséjour - Casablanca
Tél : 05 22 39 46 81

Consultation : 031 1124

KANA Meriem

NFS

TSH

250H vitamine D3



LABORATOIRE ANFA
60500 El Mansour, Beauséjour - Casablanca
Tél : 05 22 39 46 81

283 - شارع يعقوب المنصور - بوسجور - النور البيضاء

283, Bd Yaacoub El Mansour, Beauséjour Casablanca - Tel : 05 22 39 46 81 - E-mail : elbadiiendocrinu@gmail.com

LABORATOIRE ANFA LAB D'ANALYSES MEDICALES

RDC - Espace des arts, Angle bd Yaacoub El Mansour et rue Annahar, Beauséjour - CASABLANCA
Tél : 05 22 39 82 41 / 06 24 28 48 06 - Fax : 34800898 - LI : 4034652 / LI : 00442653000691 INPE : 0439039

INPE :

FACTURE N° : 240100020

CASABLANCA le 03-01-20

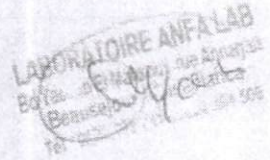
Mme KANA Meriem

Récapitulatif des analyses	
CN	Analyse
9105	Forfait traitement échantillon sanguin
0439	Vitamine D
0163	TSH
0216	Numération formule

Total des B : 780

TOTAL DOSSIER : 888.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent quatre-vingt-huit Dirhams



مختبر التحليلات الطبية أنفا لاب Laboratoire d'analyses médicales ANFA LAB

Dr. Hanae Hanae MACHMACHI
Pharmacienne Biologiste
Experte de la Fédération de Pharmaciens
Associée Interne et Responsable des Néphrologues de l'ANFA LAB

240103017 - Mme Meriem KANA

BILAN THYROIDIEN

Thyréostimuline (TSH) 0.64 uIU/mL (0.25-5.00)

(ELFA Vidas PC Biomérieux)

Interprétation:

- Euthyroïdie: 0.25 - 5 uIU/ml
- Hyperthyroïdie: inférieur à 0.15 uIU/ml
- Hypothyroïdie: supérieur à 7 uIU/ml

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.
Une variation minime de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH.
Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important (8 semaines au minimum pour une réponse complète).

DOSAGE DES VITAMINES

25-OH-vitamine D(D2+D3) 18.20 ng/ml
(ELFA Vidas PC, Biomérieux) 45.50 nmol/L

Interprétation des taux sériques de vitamine D :

Carence vitamine D < 10 ng/ml soit 25 nmol/L
Taux non optimal < 30 ng/ml soit 75 nmol/L
Taux recommandé > 32 ng/ml soit 80 nmol/L
Toxicité possible > 120 ng/ml soit 300 nmol/L
Des variations physiologiques existent en fonction de l'âge, de l'insolation, etc.
Il est à noter que certaines recommandations préconisent un taux optimal à partir de 20 ng/ml au lieu de 32 ng/ml

LABORATOIRE ANFA LAB
Bd Yacoub El Mansour, Rue Annarjiss, Beauséjour - Casablanca
Tél : +212 522 398 241 / +212 522 284 506

Validé par : Dr MACHMACHI HANAE IM
Page

Prélèvement à domicile sur rendez-vous 0624 284 506 / 0694 40 23 25 - DEPISTAGE COVID-19
RDC, Espace des arts, Angle Bd Yacoub El Mansour et Rue Annarjiss, Beauséjour - Casablanca
☎ +212 522 398 241 ☎ +212 522 284 506 ✉ anfalab.ma ✉ h.machmachi@anfalab.ma

مختبر التحليلات الطبية أنفا لاب Laboratoire d'analyses médicales ANFA LAB

Date du prélèvement : 03/01/2024
Code patient : 210310001
N° de : 13-05-1970-53 ans

Mme KANA Meriem
Dossier N° : 240103017
Prescripteur : Dr ELBAOUI Saïd



HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Globules rouges (Erythrocytes)	4.43 /mm ³	(3.80-5.00)	4.4
Hémoglobine	12.8 g/dL	(11.5-15.5)	12.8
Hématocrite	37.9 %	(34.0-50.0)	38.1
VGM	85 fl	(80-96)	85
TCMH	28.9 pg	(24.0-34.0)	28.1
CCMH	33.8 g/dL	(31.0-36.0)	33.4

Globules blancs (Leucocytes)	4.810 /mm ³	(3.800-11.000)	4.88
Neutrophiles	69.9 % soit 3.362 /mm ³	(2.000-7.500)	7.470
Eosinophiles	1.0 % soit 48 /mm ³	(20-400)	39
Basophiles	0.8 % soit 38 /mm ³	(0-100)	31
Lymphocytes	17.7 % soit 851 /mm ³	(1.500-4.000)	939
Monocytes	10.6 % soit 510 /mm ³	(200-800)	450

Plaquettes	260 000 /mm ³	(150 000-450 000)	197 000
Volume Plaquettaire Moyen	10.4 fl	(8.0-11.0)	11.0

Commentaire sur l'hémogramme: Lymphopénie
VGM = Volume globulaire moyen
TCMH = Teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine
CCMH = Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine
Remarque: une chute progressive de l'hémoglobine à 11-12 g/dL peut être observée chez la femme enceinte dès la 50ème Semaine d'Aménorrhée.

LABORATOIRE ANFA LAB
Bd Yacoub El Mansour, Rue Annarjiss, Beauséjour - Casablanca
Tél : +212 522 398 241 / +212 522 284 506

Validé par : Dr MACHMACHI HANAE IM
Page

Prélèvement à domicile sur rendez-vous 0624 284 506 / 0694 40 23 25 - DEPISTAGE COVID-19
RDC, Espace des arts, Angle Bd Yacoub El Mansour et Rue Annarjiss, Beauséjour - Casablanca
☎ +212 522 398 241 ☎ +212 522 284 506 ✉ anfalab.ma ✉ h.machmachi@anfalab.ma