

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



COMPLEMENT
Déclaration de Maladie
M23-0015353

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MAROURI Niloud
Date de naissance : 01-01-48
Adresse : 11, Rue HASSANE HYDIHANA-CASA
Tél. : 06 62 24 36 03 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

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



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
Le : 28/02/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 165014319

رقم التسجيل

Destinataire

المرسى إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

KOUIRI KHADIJA

du : 28/02/2024

من

au : 28/02/2024

إلى

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 الاداء | 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 |
| KOUIRI KHADIJA | | | | | | | | | | | |
| 147271124 | 20/02/2024 | B | LABORATOIRES D | 923,00 | 737,00 | 670,00 | 1,00 | 737,00 | 77,00 | 28/02/2024 | 567,49 |
| 147271124 | 20/02/2024 | PH | ANALYSES PHARMACIES D | 873,20 | 0,00 | 1,00 | 4,00 | 0,00 | 0,00 | 28/02/2024 | 297,53 |
| 147271124 | 20/02/2024 | CSC | OFFICINES CARDIOLOGIE | 300,00 | 250,00 | 1,00 | 1,00 | 250,00 | 77,00 | 28/02/2024 | 192,50 |
| Total remboursé | | | | | | | | | | | 1057,52 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | | 1057,52 |

مجموع مبلغ التعويض

مبلغ التعويض الاجمالي

- 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

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 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 المرسلة بالرمز الشريطي 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. 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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 : _____ | تاريخ الإيداع : _____ |

| | | |
|--|---|--|
|  الضمان الاجتماعي +MO+ +MO+ CNSS | ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée | التي التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire رجوع رقم 610-1403 : Réf. |
| N° Dossier : | | |
| Partie réservée à l'assuré(e) | | |
| Nom et prénom : KOUIRI Khardja | | المؤمن له (ها) |
| N° Immatriculation : 155014319 | | الطبي و الشخصي : الجنس : |
| N° CIN : B348-1475 | | التعريف الوطنية : |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * | | قربة بين المستفيد و المؤمن له (ها) * |
| Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> | | |
| Adresse : ST, rue Hassan EL HASNA - CASI | | |
| Montant des frais : 2,026,20 Dhs. | | لمصاريف : |
| Nombre de pièces jointes : 6 | | الوثائق المرفقة : |
| Déclaration du Médecin traitant | | |
| Bénéficiaire de soins | | |
| Nom et prénom : KOUIRI Khardja | | المؤمن له (ها) |
| Date de naissance : 13/10/1954 | | التاريخ و الشخصي : الجنس : |
| N° CIN : B348-1475 | | التعريف الوطنية : |
| Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى | | |
| INPE et code à barres ** | | |
| Médecin traitant الطبيب المعالج | Etablissement de soins المؤسسة العلاجية | |
| Type de soins | | |
| Admission ALD* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| N° dossier ALD : _____ | | |
| Code ALD : _____ | | |
| Maladie* <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء * | | |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه | | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. ألت المذكورة أعلاه بمصادقة و صحة | | |
| Fait à : 20/10/2024 | | |
| Le : 20/10/2024 | | |
| توقيع المؤمن له (ها) 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 l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres. | | |
| دار المؤمن - مكناس - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - 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 | | |

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين و الأوعية بالصدى من جامعة بيار و ماري كوري بباريس

Casablanca, le 20/02/2024

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **Mme KOUIRI KHADIJA**

ORDONNANCE

1. **BONNE HYDRATATION (2 L d'eau/ jour)**

2. **RÉGIME PEU SALÉ :**

259,00 3. **CHIPROL :**

155,80 x 11 1 gélule / jour le matin à jeun

4. **APROVASC 150 / 5 mg :**

1 comprimé / jour le matin

5. **DCURE 25 000 UI :**

2 ampoules / semaine pendant 6 semaines
puis 1 ampoule / mois (3 mois)

صيدلية صوفيا
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim Ep. Sidi
214, 3d-lbt 1 Sina - CASA
Tél: 0522 36 01 64

873.20
TIT pendant 4 mois
Dr. Nouhad Jardi
Tél: 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68
Hay Hassani - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

ALTI
TION
xl. Maroc.



6 111261 530718

3 soualem

volion,ma

2011/05

217 19

ministère de la santé :

MP/CA/18

Dr. Nouhad JARDI
Cardiologue

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



الدكتورة نهاد جردى
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيار و ماري كوري بباريس

Bilan Biologique

Nom/Prénom : **A. Kaini**
Age : **Kaidje**
Sexe : **M** ☐ **F** ☐

Hématologie

- ☐ NFS
☐ Plaquettes
☐ VS
☐ CRP
☐ Hémoculture

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
☐ CTF
☐ Ferritine
☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ INR
☐ D-Dimères

Glucose

- ☐ Glycémie à jeun
☐ PP
☐ Hyperglycémie pa VO
☐ Hémoglobine glyquée

Inogramme sanguin

- ☐ Na+
☐ K+
☐ Cl-
☒ Ca++
☐ Phosphore
☐ Mg++
☐ Bicarbonates (HCO3-)
☐ Urée
☐ Créatinine
☐ Acide Urique

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
☒ Cholestérol HDL
☒ Cholestérol LDL
☒ Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ D-Dimères
☐ Amylasémie
☐ Bilirubine libre et conjuguée
☐ Phosphatases alcalines (PAL)
☐ LDH
☐ Transaminases (ASAT, ALAT)
☐ Gamma-GT
☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
☐ Troponine
☐ Electrophorèse des protéines Eps
☐ BNP
☐ Protidémie
☐ Albumine
☐ TSH

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Na+
☐ K+
☐ Cl-
☐ Urée
☐ Créatinine

Autres : _____

Groupage sanguin

- ☐ ABO
☐ Rhésus
☐ RAI

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL - TPHA
☐ Hépatite B
☐ Hépatite C
☐ Facteur Rhumatoid:
(Latex, Waaler Rose)
☐ Anticorps anti-nucléaires
☐ Anticorps Anti-DNA natif
☒ ASLO
☐ Dosage du Complément
☐ C3 C4 - CH50

Examen des Urines

- ☐ Protéine de 24h
☐ ECU (+Antibiogramme)
☐ Microalbuminurie de 24h



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - Virologie - Biochimie - Immunologie

P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

Date du prélèvement : 21-02-2024 à 09:25

Code patient : 1703152005

Né(e) le : 13-10-1954 (69 ans)



Mme Khadija KOUIRI

Dossier N° : 2402212012

Prescripteur : Dr NOUHAD JARDI

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Aspect du sérum à 4°:

Limpe

- Calcium

(Méthode: Phosphonazo sur respons)

91.12 mg/L (86.00-103.00)
2.28 mmol/L (2.15-2.58)

31-10-2023
98.84

- Cholestérol total

(Méthode: CHOD-PAP)

2.49 g/l (<2.20)
6.44 mmol/L (<5.69)

31-10-2023
2.56

- HDL-Cholestérol

(Méthode: Immunoinhibition)

0.65 g/L (>0.35)
1.68 mmol/L (>0.91)

31-10-2023
0.70

- LDL-Cholestérol

1.67 g/L (<1.50)
4.32 mmol/L (<3.88)

31-10-2023
1.63

Concentrations "Cibles " de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

| Patient à haut risque cardiovasculaire* | 3 facteurs de risque | 2 facteurs de risque | 1 seul facteur de risque | Aucun facteur de risque |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| < 1,0 g/l | < 1,3 g/l | < 1,6 g/l | < 1,9 g/l | < 2,2 g/l |

* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.

- Triglycérides

(Méthode: GPO-PAP)

0.86 g/l (<2.00)
0.97 mmol/L (<2.26)

31-10-2023
1.13

Acceptable : < 2.0 g/l

Limite haute : 2.0-4.0 g/l

Elevée : > 4.0 g/l



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - Virologie - Biochimie - Immunologie

P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2402212012 - Mme Khadija KOUIRI

ANALYSES SPECIALISEES

Vitamine

D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3

(Technique ELFA sur Vidas)

22.70 ng/ml

45.40 nmol/L

31-10-2023

18.50

| STATUT | 25-(OH) VITAMINE D |
|-----------------------------|----------------------|
| <i>Déficient</i> | <i><20 ng/ml</i> |
| <i>Insuffisant</i> | <i>20-29 ng/ml</i> |
| <i>Suffisant</i> | <i>30-100 ng/ml</i> |
| <i>Toxicité potentielle</i> | <i>>100 ng/ml</i> |

Validé par le biologiste

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
187, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
Email: evolulab@hotmail.com - RC: 267035



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - Virologie - Biochimie - Immunologie

P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

FACTURE N° : 2402212012

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 21-02-2024

Mme Khadija KOUIRI

Date de l'examen : 21-02-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--------------------------|------|-------|
| PS | Prélèvement sang | E25 | E |
| 0104 | Calcium | B30 | B |
| 0106 | Chlore Cholestérol total | B30 | B |
| 0108 | Cholestérol H D L | B50 | B |
| 0109 | Cholestérol L D L | B50 | B |
| 0134 | Triglycérides | B60 | B |
| 0439 | Vitamine D | B450 | B |

Total des B : 670

TOTAL DOSSIER : 923.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent vingt-trois dirhams

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél.: 0522 94 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
E-Mail: evolulab@hotmail.com - RG 1297025