

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031562

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société : 35276

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : USMAOUCHE OUAJJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 661 41 6030 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ARKAS Nour Slim 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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

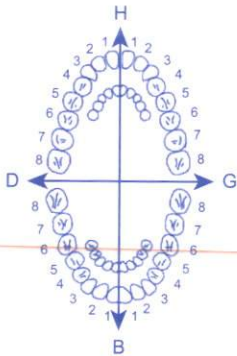
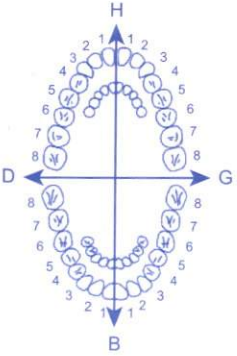
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

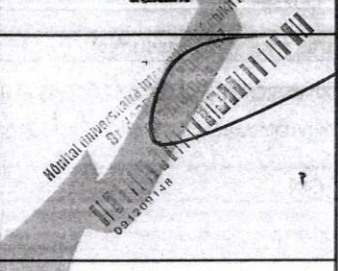
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

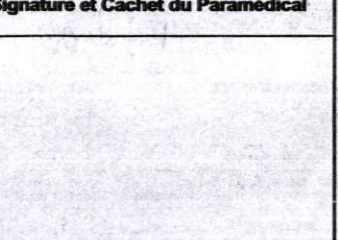
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

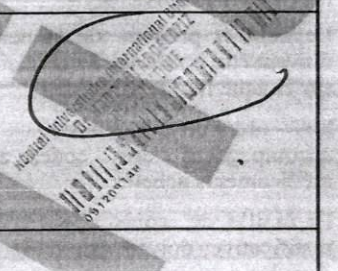
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفقوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب للعلاج Signature et Cachet du Médecin traitant	
15-09-2022		SS ECA	350DH		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

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 المفقوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

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 المفقوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
15/09/2022		Echo-cc	300,00		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية للمونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفقوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
15-9-22	1767,00			
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

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 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.

تعليمات يجب إتباعها

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 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 رهنا 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بعمدية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : 11/11/2011</p>	<p>Date d'arrivée : 11/11/2011</p>

<p>الضمان الاجتماعي +0800 203 3333 CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رجوع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>الاسم العائلي والشخصي : ARRAS Nouredine</p> <p>رقم التسجيل : 117333332118</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1131811611</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : RES FATIY ZHRAH Angles ONAR EL KHANGAME RUE des ROSES</p> <p>العنوان : HAY RATHA. BONSJOUR CASA.</p> <p>Montant des frais : 3017,00 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 17 (dix sept)</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p> <p>الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>Date de naissance : 11/11/2011</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>N° CIN : 1111111111</p> <p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر * : 091209142</p> <p>INPE et code à barres :</p>		
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>N° dossier ALD : 1111111111</p> <p>Code ALD : 1111111111</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/></p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : 11/11/2011</p> <p>Le : 11/11/2011</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à : 11/11/2011</p> <p>Le : 11/11/2011</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

* Cocher la mention utile pour chaque cas
 ** 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 الهاتف - المظنة - دار البيضاء من. ب. 2186 - دار البيضاء المظنة - 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

Id : [REDACTED]

Noureddine, Arras

Indéfini — (-) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

15/09/2022 14:41:46

FC: 68 bpm

PR: 166 ms

QRS: 98 ms

QT/QTcH: 390/404 ms

QTcB: 415 ms

QTcF: 407 ms

Rv5-vSv1 : 1.43/0.90 mV

Sok-Lyon : 2.33 mV

Axe: 45/21/63°

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Neal
=

TA 459/69
TA 139/6



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 118 534 / 2022 du 15/09/2022

Nom patient : **ARRAS NOUREDDINE**

Entrée 15/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		
	Total	350,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			350,00		350,00	0,00

Hopital Universitaire International
N° 118 534 / 2022
Consultation Urologie

F A C T U R E

N° 118 748 / 2022 du 15/09/2022

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Entrée 15/09/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE (ECHOGRAPHI	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	900,00
Total Frais Clinique				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Total 900,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		900,00	900,00	0,00

Hôpital Universitaire International
 Cheikh Khalifa
 Consultation Cardiologie

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 221022549459013	Emis à Casablanca le : 03/10/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 173353212 Règlement du mois : 10/2022 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
115940061	08/09/2022	CS	MR ZEMRAG JAAFAR	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81	121,50
115940061	08/09/2022	KE	MR ZEMRAG JAAFAR	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	81	162,00
115940061	08/09/2022	Z	MR BENGELLOUN HASSANE	1 280,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	81	810,00
115940061	08/09/2022	Z	MR BENGELLOUN HASSANE	1 000,00	640,00	1,00	1,00	640,00	81	518,40
115940061	08/09/2022	B	LABORATOIRE BIR ANZARANE	1 673,20	1,10	230,00	1,00	1 353,00	81	1 095,93
115940061	08/09/2022	PH	PHARMACIE MERYEM	27,50	27,50	1,00	1,00	27,50	81	22,28
115940062	15/09/2022	CSC	MR HADADI ABDELAZIZ	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81	202,50
115940062	15/09/2022	KE	MR HADADI ABDELAZIZ	900,00	650,00	1,00	1,00	650,00	81	526,50
115940062	15/09/2022	PH	PHARMACIE MERYEM	1 767,00	1 410,00	1,00	1,00	1 410,00	81	1 142,10
Total remboursé pour NOUREDDINE										4 601,21
Total général remboursé										4 601,21

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
SOINS

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكون بحث



Pharmacie Mercur
Casablanca
Mme Ichlass
19 bis, Bvd Ibnou Sina
Tél: 0522 76 28 24
ICE: 002600843000001
INPE: 092042456

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

15/09/22

wide zone

M^r Arras Noureddine

294,00 x 3

1 - (Oreane 10/10) 18/1. natl

160,00
2 -

Hemofan Duo 7/10es

99,00 x 3

18/1. natl

3 - (D. du 20 18/1. Soc

108,00

4 -

Litani Xoste 18/1. Soc
1 boîte

1767,00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

COVERAM® 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés

6 118001 130108

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules

6 118001 380589

6 118001 380589

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules

COVERAM® 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés

118001 130108

6 118001 380589

Hemopass Duo 75 mg / 100 mg
30 gélules

COVERAM® 10mg/10mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés

6 118001 130108

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 082231

Fabriqué par :



10 Prohladen kat str. Suhodol
1362 Sofia
Bulgarie

Propriétés :

le de magnésium, glu
oxyméthylcellulose, d

Vitamix Ostéo
PPC : 108 DH

149,5g e

vitamix
Ostéo

TD - 146

Lot N° : L101022

Date Expiration : 290224

60	%
60	
52	
50	
AJR	



3 800212 713487

vita

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

15/09/2022

Dr. Amas Mohameddine

Tabac actif

ATA + PZ + Lipidolite

Aodir skibe

Gx. CVx + Gllc L

=> bilobes

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. WADDELOU ABDEL AZIZ
CARDIOLOGIE