

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- 0031566

157694

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2111 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NEMOUCHI Ouedra

Date de naissance :

Adresse : 15 Le Média

Tél. 06 67 11 603 Total des frais engagés 18 €, 50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ARAS Nourouline 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 : CASABLANCA Le : 18/04/23

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

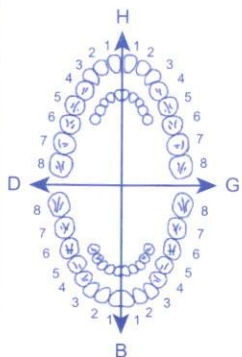
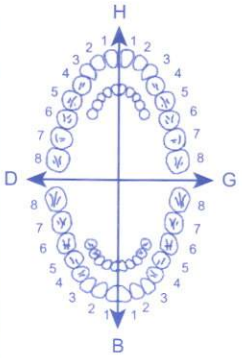
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

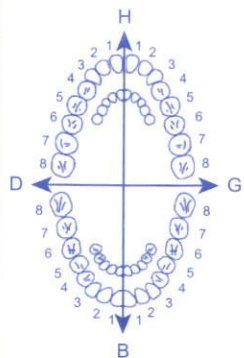
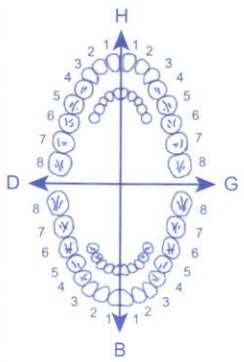
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																								
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>																																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>H</div> <div>G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>D</div> <div>B</div> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>H</div> <div>G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>H</div> <div>G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>D</div> <div>B</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>H</div> <div>G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>H</div> <div>G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>D</div> <div>B</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>H</div> <div>G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>																																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
						CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>
						MONTANTS DES SOINS <div></div>
						DEBUT D'EXECUTION <div></div>
						FIN D'EXECUTION <div></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G<div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>	
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS <div></div>	
					DATE DU DEVIS <div></div>	
					DATE DE L'EXECUTION <div></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

000173353218

 الضمان الاجتماعي التأمين الإجباري CNSS	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 : 02/03/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 173353212 Règlements de la période du : 28/02/2023 : من au : 28/02/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire ARRAS NOUREDDINE 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 استقذتم 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 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
ARRAS NOUREDDINE											
117650325	14/02/2023	PH	PHARMACIES D	198,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	28/02/2023	160,38
117650325	14/02/2023	CSC	OFFICINES Clinique Privée	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	81,00	28/02/2023	202,50
117650324	09/02/2023	CS	GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	28/02/2023	121,50
117650324	09/02/2023	B	LABORATOIRES D	346,60	346,60	315,09	1,00	346,60	81,00	28/02/2023	280,75
117650324	09/02/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES	1174,00	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	28/02/2023	474,66
Total remboursé											1239,79
Total général remboursé											1239,79

- 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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

16/02/13

ARRAS Nurmedine

587,00 x 2

Pentasa = 100

1174,00

4 gl / j



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr EL IDRISSI LAMGHARI ABDENNACEUR
Gastro-entérologie endoscopie digestive interventionnelle

101106920

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 16/02/2023

Numéro : 23 554



090061862

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Médecin : PR. EL IDRISSI LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépto-gastro-entéro

2300640318

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Handwritten signature and stamp: 20/02/2023 11h30 Inn Zaid 345 05.69.11 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

ARRAS M. Redouane

- NT + log
- off
- one + aeat

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. F. EL MASSI LAMGHAR ALDENNACUR
Gastroentérologue et hépatologue
Digestive et hépatologie
10110 420



Prescripteur : ...

Dossier ouvert le : 11-02-2023 08:11

Edité le : 13-02-2023

Réf : 2302111004

Mr. ARRAS Noureddine

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

NUMERATION

			15-11-2022
Leucocytes :	11 610	/mm ³ (4 000-10 000)	14 180
Hématies :	5.11	M/mm ³ (4.00-5.70)	5.22
Hémoglobine :	15.6	g/100ml (12.5-17.2)	15.9
Hématocrite :	46.5	% (37.0-49.0)	46.9
VGM :	91.0	μ ³ (80.0-101.0)	89.8
TCMH :	30.5	pg (27.0-33.0)	30.5
CCMH :	33.5	g/100ml (29.0-36.0)	33.9

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	45.6	% (40.0-75.0)	53.6
Soit:	5 294	/mm ³ (2 000-7 500)	7 600
Polynucléaires Eosinophiles :	6.4	% (1.0-4.0)	2.3
Soit:	743	/mm ³ (100-400)	326
Polynucléaires Basophiles :	0.8	% (0.0-1.0)	0.5
Soit:	93	/mm ³ (0-150)	71
Lymphocytes :	39.6	% (20.0-45.0)	37.5
Soit:	4 598	/mm ³ (1 500-4 000)	5 318
Monocytes :	7.6	% (2.0-12.0)	6.1
Soit:	882	/mm ³ (200-800)	865

PLAQUETTES

Plaquettes :	322 000	/mm ³ (150 000-400 000)	323 000
VMP:	10.1	fl	10.3
Frottis sanguin:	Hyperéosinophilie contrôlée sur frottis.		

Laboratoire d'Analyse
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane - Casa
ICE : 01744185000063
INPE : 091001196

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dr. N. Baaaj
Pharmacien/Biologiste



BIOCHIMIE SANGUINE

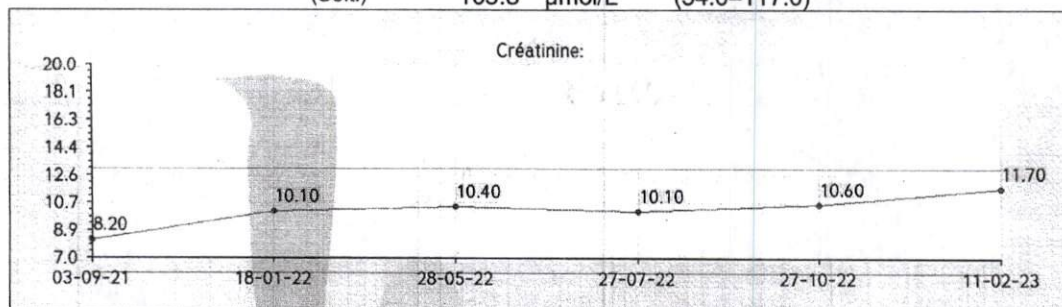
Roche Cobas 6000

Urée: (RC) 0.57 g/l (0.10-0.50)
(Soit:) 9.50 mmol/l (1.67-8.34)

27-10-2022
0.36

Créatinine: 11.7 mg/l (6.0-13.0)
(Soit:) 105.3 μ mol/L (54.0-117.0)

27-10-2022
10.6



PROTEINES SPECIFIQUES

Protéine C-réactive: 5.3 mg/L (<5.0)
(RC) : Résultat contrôlé

27-10-2022
2.5

Fin du compte rendu

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dossier Validé par :

Dr N. Baaj

Pharmacien/Biologiste

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 11-02-2023

Mr. Nouredine ARRAS

FACTURE N°

2302111004

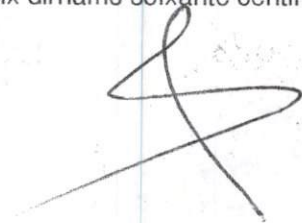
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B

Total de B : 240



TOTAL DOSSIER	346.60 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quarante-six dirhams soixante centimes



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

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16/02/23	1174, 00	 <p>Pharmacie Meryem Castablane INPE: 092042456 19 bis, Bvd Ibnou Sina Tel: 0522 36 33 27 CE: 002600843000001 Elmo Achlass Bongahga</p>
INPE et code à Barres  092042456		

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

Cocher la mention utile pour chaque case

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

080 200 7209 / 080 203 3333 الهاتف : دار البيضاء - ب.ب. 2186 - الدار البيضاء ع.ب. 2186
الرياضيون وشبكة دكار - دار البيضاء ع.ب. 2186 Casa Gate Téléphone : 080 203 7200, 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de L'AKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gate Téléphone : 080 203 7200, 080 203 3333