

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 : NEMMOUCHE Ouedia

Date de naissance :

Adresse : H.S. 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 : ARRAS Nourosline 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

000173353218



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 : أصدر ب
Le : 02/03/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation	173353212	رقم التسجيل	ARRAS NOUREDDINE
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 28/02/2023		من	
au : 28/02/2023		إلى	

Veillez 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 استقدمتم 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	Coef.	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				مجموع مبلغ التعويض								1239,79
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي								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

دار المؤمن - ساحة داكور - 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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

16/02/23

ARRAS Muhammadine

587,00 x 2
1174,00
Pentasa = 100
4 gel / j



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr EL IDRISSE LAMGHARI ABDENNACEUR
Gastro-entérologie endoscopie digestive interventionnelle
101106928

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 IDRISSE LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépatogastro-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: *305*
Stamp: *Inn Zaid*
305
El Idressi Lamghari Abdennaceuf
2023

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

ARRAS M. Reddine

- NT5 + (log)
- aff
- onel + acat

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. EL HASSI LAMGHAR ABENNAËOUR
Gastroentérologue de l'hopital
diplôme de l'Université
10110 020



Prescripteur : . . .

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

Edité le : 13-02-2023

Réf : 2302111004

Mr. ARRAS Noureddine

Page 1 / 2

Compte Rendu d'Analyse
Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

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

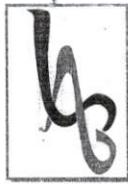
Plaquettes :	322 000	/mm ³ (150 000-400 000)	323 000
VMP:	10.1	fl	10.3
Frottis sanguin:	Hyperéosinophilie contrôlée sur frottis.		

Laboratoire d'Analyse
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane - Casa
ICE : 0174438500063
N°PE : 094307196

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

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

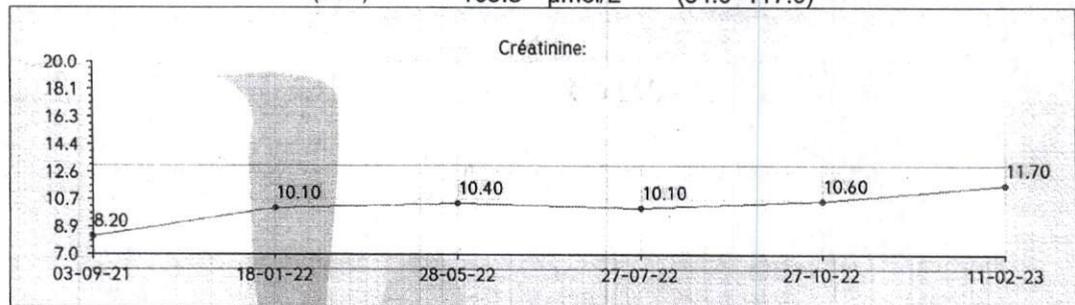
Dr. N. Baaj
Pharmacien/Biologiste



BIOCHIMIE SANGUINE
Roche Cobas 6000

Urée: (RC) 0.57 g/l (0.10-0.50) 27-10-2022 0.36
(Soit:) 9.50 mmol/l (1.67-8.34)

Créatinine: 11.7 mg/l (6.0-13.0) 27-10-2022 10.6
(Soit:) 105.3 µmol/L (54.0-117.0)



PROTEINES SPECIFIQUES

Protéine C-réactive: 5.3 mg/L (<5.0) 27-10-2022 2.5
(RC) : Résultat contrôlé

Fin du compte rendu

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117 Bd Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 0522 99 46 63 / 0522 25 82 05 / 06 61 80 77 96
ICE : 0017 48338000983
INPE : 092201196

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

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

Dr N. BAAJ
Pharmacien/Biologiste

Dossier Validé par :

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
------------	------------

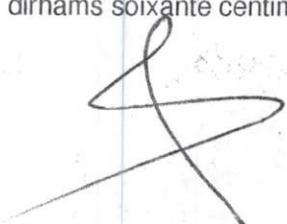
Récapitulatif des analyses

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



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 الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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. لانحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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 الإجتماعي 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 :	Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

0661454998

<p>مجلس الاجتماعي MAGAZIN CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة 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 Direction de l'Assurance Malade Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
N° Dossier : ARRAS Nouredidine		
Partie réservée à l'assuré(e)		
خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom :		
N° Immatriculation : 11733331121		
N° CIN : 12113812111111		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : RES FATIM ZAHRA EL ANGLA OUFAR EL KHIVAM. Rue des ROSES. HAY RAHA BOUSSEFRAJ CASAB.		
Montant des frais : 48.000,00 Dhs.		
Nombre de pièces jointes : 3		
Déclaration du Médecin traitant		
تصريح الطبيب المعالج		
المستفيد من العلاجات		
Nom et prénom :		
Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
N° CIN : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Sexe * : <input type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى		
INPE et code à barres : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Médecin traitant : Dr. A. EL KHAYAT		
Etablissement de soins : Hôpital		
Type de soins		
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
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. الشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه		
Fait à : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		