

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0031565

157613

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEAMOUCHÉ Ouadia

Date de naissance :

Adresse : H.S. LA VIEILLE

Tél. 0669 41 60 30 Total des frais engagés : 1010,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : ARRAS Noureddine 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 : CASA Le : 18/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : Alb

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

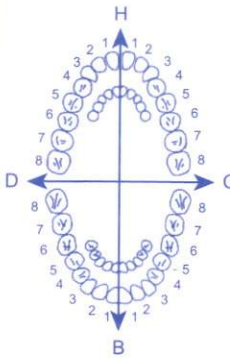
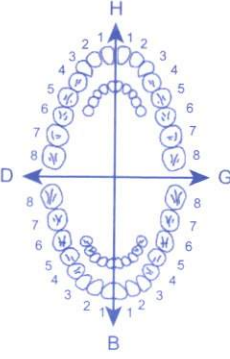
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

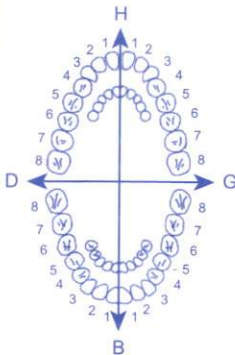
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

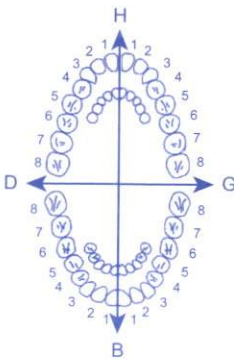
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">B</div>			<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; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></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

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			
							
					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						
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>						
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>						
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						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 L'EXECUTION

وصف العمليات المجرة					Description des actes effectués	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفقود Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
25/3/2023	h.lcm			300.00		
29/3/2023	c.s					

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicales	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفقود Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفقود Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائيات Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
25/03/23		33000		467,200		

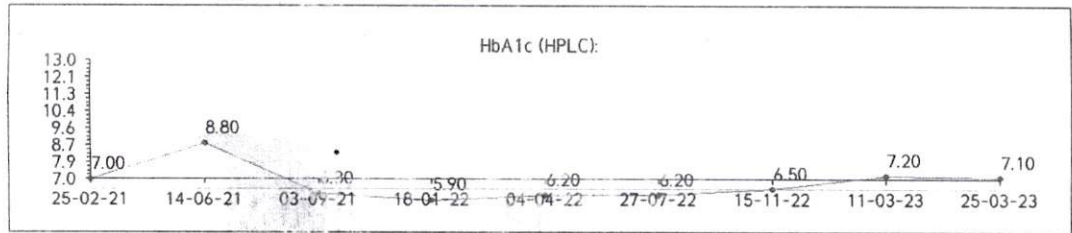
جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنونة		Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقود Prix Facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقود Prix Facturé
27/3/23	242.80		



BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

HbA1c (HPLC): 7.1 % (4.0-6.5) 11-03-2023 7.2
(Arkray)
soit: 54 mmol/mol (20-48) 55



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Trouble.

BIOCHIMIE PAR BANDELETTE

pH: 6.0 15-11-2022 6.0
Glucose: Absence.
Proteines: Traces.
Corps Cétoniques: Absence.
Sang: Absence.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : 2 937 / mm³ (0-10) <10
Hématies : 13 / mm³ (0-5) <5
Cellules épithéliales : Absence
Cylindres : Absence
cristaux: Absence



Prescripteur : Dr GHITA MAMOU

Dossier ouvert le : 25-03-2023 10:02

Edité le : 28-03-2023

Réf : 2303251008

Mr. ARRAS Nouredine

Compte Rendu d'Analyse

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

Page 1 / 3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

NUMERATION

			11-03-2023
Leucocytes :	9 930 /mm3	(4 000-10 000)	14 700
Hématies :	5.07 M/mm3	(4.00-5.70)	5.05
Hémoglobine :	15.5 g/100ml	(12.5-17.2)	15.4
Hématocrite :	45.7 %	(37.0-49.0)	45.7
VGM :	90.1 µ3	(80.0-101.0)	90.5
TCMH :	30.6 pg	(27.0-33.0)	30.5
CCMH :	33.9 g/100ml	(29.0-36.0)	33.7

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	47.6 %	(40.0-75.0)	58.9
Soit:	4 727 /mm3	(2 000-7 500)	8 658
Polynucléaires Eosinophiles :	6.6 %	(1.0-4.0)	4.0
Soit:	655 /mm3	(100-400)	588
Polynucléaires Basophiles :	0.7 %	(0.0-1.0)	0.9
Soit:	70 /mm3	(0-150)	132
Lymphocytes :	38.3 %	(20.0-45.0)	28.0
Soit:	3 803 /mm3	(1 500-4 000)	4 116
Monocytes :	6.8 %	(2.0-12.0)	8.2
Soit:	675 /mm3	(200-800)	1 205

PLAQUETTES

Plaquettes :	316 000 /mm3	(150 000-400 000)	284 000
VMP:	10.1 fl		10.5
Frottis sanguin:	Hyperéosinophilie contrôlée sur frottis.		

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

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°020/85901

Dossier Valide

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 : 25-03-2023

Mr. Nouredine ARRAS

FACTURE N°

2303251008

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Examen cytobactério des urines	B150	B

Total de B : 330

TOTAL DOSSIER	467.20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent soixante-sept dirhams vingt centimes

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 25/3/2013

Nom/Prénom : N. ARBAS... Nouvelle Agence : Sexe : H ☐ F ☐

Hématologie

- ☒ NFS
☐ Plaquettes
☐ VS
☐ CRP
☐ Hémoculture + Antibiogramme

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
☐ CTF
☐ Ferritine
☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ INR

Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun ☐ GPP
☐ HGPO 75 g
☒ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

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

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
☒ ECBU + Antibiogramme
☐ Microalbuminurie des 24h
☐ Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
☐ Bilirubine libre et conjuguée
☐ Phosphatases Alcalines
☐ Lactate Déshydrogénase LDH
☐ Transaminases ASAT, ALAT
☐ Gamma-GT
☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
☐ Troponine
☐ Electrophorèse des protéines EPP
☐ BNP

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
☐ Hépatite B
☐ Antigène Hbs
☐ Anticorps Anti-Hbs
☐ Anticorps Anti-Hbc
☐ Anticorps Anti-Hbe
☐ Hépatite C
☐ Anticorps Anti-HVC
☐ Sérologie Toxoplasmose
☐ Sérologie Rubéole
☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
☐ Anticorps anti-nucléaires
☐ Anticorps anti-DNA natif
☐ ASLO
☐ Dosage du complément
☐ Sérologie HIV

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL
☐ Cholestérol LDL
☐ Triglycérides

Groupe sanguin

- ☐ ABO
☐ Rhésus
☐ RAI

Bilan thyroïdien

- ☐ T3L ☐ Ac Anti - TPO
☐ T4L ☐ Ac Anti - TG
☐ TSH ☐ TRAK

Ionogramme urinaire

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

Exploration de la prostate

- ☐ PSA

Laboratoire d'Analyses
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Glucophage® 1000mg ○
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○
30 Comprimés pelliculés



Spectrum® 500mg ○
Ciprofloxacin 100 Comprimés



Glucophage® 1000mg ○
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○
30 Comprimés pelliculés



Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le 22/3/23.

Nom : Mr ARRAS Noureddine

24.80
Spectrum 800

1 pa 2/7 x 5j

Probiotis

1 gel - 2/7 x 5j

168.00

Gluco-phage 1g.

1 pa 2/7 x 3ms

242.80

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FHHRI
5, Rue Cadi Akkar - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

28.00 x 6

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition
Espace Roudani, 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4ème étage - N° 19 - Casablanca
Tél: 05 22 23 70 71
GSM: 06 78 93 68 96 - E-mail: mamoughita@gmail.com

فضاء الروداني. 230 شارع الروداني (طريق الجديدة سابقا) - الطابق الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 70 71
Espace Roudani. 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

000173353266

	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 : 05/04/2023	أصنرب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 173353212 Règlements de la période du : 04/04/2023 : من au : 04/04/2023 : 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	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestateurs 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											
117589678	25/03/2023	B	LABORATOIRES D	467,20	363,00	330.00	1,00	363,00	81,00	04/04/2023	294,03
117589678	25/03/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D	242,80	0,00	1.00	7,00	0,00	0,00	04/04/2023	162,65
117589678	25/03/2023	CS	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	81,00	04/04/2023	121,50
Total remboursé											578,18
Total général remboursé											578,18

- 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 73 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