

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.

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.

M22- 0031565

AS 7693

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : RU 11 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEHM ouche Doudia

Date de naissance :

Adresse : TPS La verme

Tél. 06 69 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.

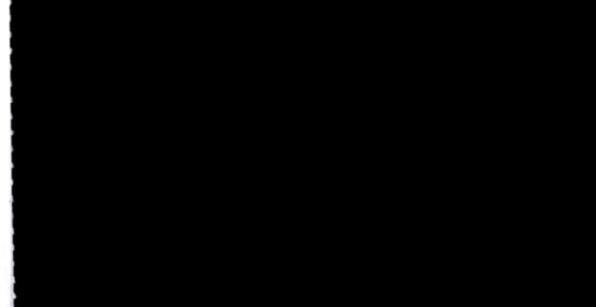
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : 





RELEVE 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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, résultats des examens de radiologie et/ou du laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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 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.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.

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.

Signature et signature de l'Agence

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
 يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل الشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأنثتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإيجابية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة يجب تقديم الملف حدد ستين (60) يوما من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض

الموافقة الميسقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبلدة السينية والتفويه السنوي الوجهى ضرورية. كل من ثبت عليه عش أو تصريح كاف للإستفادة من خدمات غير منتظمة. سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما يسب ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et signature de l'Agence

Chacun par la Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réserve à la DAMO

0661454998

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	مديرية التأمين الصحي الإجباري
	Feuille de Soins Maladie	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
مودع رقم:	610-1-02	Ref: ANANAN12.01
N° Bordereau :		N° Dossier :
خاص بالمؤمن له (لها)		

Nom et prénom :	ARRAS Noureddine	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	11332112	رقم التسجيل :
N° de la carte d'Identité Nationale :	11111111	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	Conjoint <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Adresse :	RES. FATHI ZAHRA 2. Angle: STAR EL KHYATT Rue des BOUTEES. Hay RAKHA. Casablanca. Casablanca	العنوان :
Montant des frais :	10.10.00 Dhs.	مبلغ المصاري :
Nombre de pièces jointes :	11	عدد الوثائق المرفقة :

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :	ARRAS Noureddine	الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	11/11/11	تاريخ الإيداد :
N° de la carte d'Identité Nationale :	11111111	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس* :

N° INP	نوع العلاجات	الرقم الوطني الاستدلالي للممارس:	
Type de soins		نوع العلاجات	
Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/> للأطفال أقل من 12	Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الطرف المغلق:
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة* <input type="checkbox"/>	Date de grossesse :	تاريخ الحمل:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشارة* <input type="checkbox"/>	Date prévue d'accouchement	النارخ المرتقب للولادة:
'Accident* <input type="checkbox"/>	حادث* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation :	تاريخ الإستشفاء:
		Date d'accident :	تاريخ الحادث:
		Causes :	أسباب الحادث
أشهده بمحاسنة كل ما ذكر أعلاه			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à :	في :	Fait à :	
Le :	في :	Le :	في :
توقيع المؤمن له (لها)		توقيع الطبيب المعالج	
Signature de l'assuré(e)		Signature du Médecin traitant	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		Signature et cachet de l'Etablissement de soins	

* INP : Identification Nationale du Praticien
** Cocher la mention utile pour chaque case

Description des actes effectués

صف العمليات المحروقة

CIM-10

Actes Paramédicales

سلیمان المساعدین الطبیین

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والتصور

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

عدد الوصفات التي تم تنفيذها والت

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		توقيع وظايف الصيدلي أو ممثلي التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Représentants des dispositifs médicaux
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفتوح Prix Facturé	
27/13/23	242.80	EL MELIKI - FASSI FATHI 5, Rue Coudouli - Casablanca Tel: 05 22 28 46 85
INP : <input type="text"/>		
INP : <input type="text"/>		
INP : <input type="text"/>		



EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct : **Bacilles gram(-).**
Culture : **Positive**
Germe Isolé : **Klebsiella pneumoniae**

Densité microbienne: >100 000 / mm³

07-09-2021
>100 000

ANTIBIOGRAMMES

Les résultats bruts obtenus ont été interprétés et éventuellement corrigés par le système expert informatique "VIT 2 BIOMERIEUX"

Germe testé	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
AMPICILLINE (Penglobe-Totapen)	RESISTANT
AMOX.+AC.CLAVULANIQUE (Augmentin)	SENSIBLE
TICARCILLINE (Ticarpen)	RESISTANT
PIPERACILLINE+TAZOBACTAM (Tazocilline)	SENSIBLE
CEFALOTINE (Alfatil)	RESISTANT
CEFUROXIME (Zinnat)	SENSIBLE
CEFOXITINE (Méfoxin)	SENSIBLE
CEFOTAXIME (Claforan)	SENSIBLE
CEFPODOXIME (Orelox)	SENSIBLE
CEFIXIME (Oroken)	SENSIBLE
CEFTAZIDINE (Fortum)	SENSIBLE
CEFTRIAXONE (Rocéphine)	SENSIBLE
IMIPENEM (Tiénam)	SENSIBLE
ERTAPENEM (Invanz)	SENSIBLE
GENTAMICINE (Gentalline)	SENSIBLE
AMIKACINE (Amiklin)	SENSIBLE
TOBRAMYCINE (Nebcine)	SENSIBLE
ACIDE NALIDIXIQUE (Négram)	SENSIBLE
OFLOXACINE (Oflocef, Monoflocef)	SENSIBLE
CIPROFLOXACINE (Ciflox)	SENSIBLE
NITROFURANTOINE (Furadoine)	SENSIBLE
COTRIMOXAZOLE (Bactrim)	RESISTANT

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

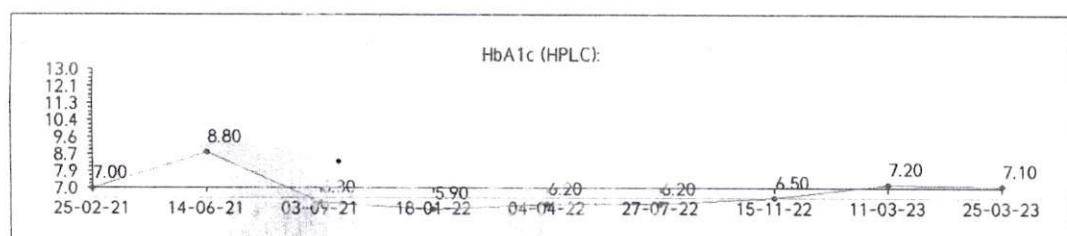


Page 2 / 3

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

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



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Trouble.

BIOCHIMIE PAR BANDELETTE

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

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes :	2 937 / mm ³	(0-10)	<10
Hématies :	13 / mm ³	(0-5)	<5
Cellules épithéliales :	Absence		
Cylindres :	Absence		
cristaux:	Absence		

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 :



Prescripteur : Dr GHITA MAMOU

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

Édité le : 28-03-2023

Réf : 2303251008

Mr. ARRAS Noureddine

Compte Rendu d'Analyse

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

Page 1 / 3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

NUMERATION

			11-03-2023
Leucocytes :	9 930	/mm3	14 700
Hématies :	5.07	M/mm3	5.05
Hémoglobine :	15.5	g/100ml	15.4
Hématocrite :	45.7	%	45.7
VGM :	90.1	μ 3	90.5
TCMH :	30.6	pg	30.5
CCMH :	33.9	g/100ml	33.7

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	47.6	%	58.9
Soit:	4 727	/mm3	8 658
Polynucléaires Eosinophiles :	6.6	%	4.0
Soit:	655	/mm3	588
Polynucléaires Basophiles :	0.7	%	0.9
Soit:	70	/mm3	132
Lymphocytes :	38.3	%	28.0
Soit:	3 803	/mm3	4 116
Monocytes :	6.8	%	8.2
Soit:	675	/mm3	1 205

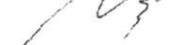
PLAQUETTES

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

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

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

FACTURE N°	2303251008
------------	------------

Récapitulatif des analyses

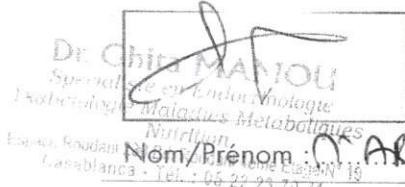
CN	Analyse	Val	U/s
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Examen cytobactériologique des urines	B150	B

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 d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca



BILAN BIOLOGIQUE

Le : 25/3/2013

Nom/Prénom : **Entre : Roudani**
Localité : Casablanca **Tel. : 05 22 23 11 11**

Nom/Prénom : Alissa Navratilova Age :

Sexe : H F

Hématologie

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

Bilan martial

- Fer sérique
 - CTF
 - Ferritine
 - Transferrin

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 (HCO ₃ ⁻) |
| [] | 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

Bilan lipidique

- Cholestérol total
 - Cholestérol HDL
 - Cholestérol LDL
 - Triglycérides

Groupage sanguin

- ABO
 Rhésus
 RAI

Bilan thyroidien

- [] T3L [] Ac Anti - TPO
[] T4L [] Ac Anti - TG
[] TSH [] TRAK

Ionogramme urinaire

- Ca⁺⁺
 - Phosphore
 - Na⁺
 - K⁺
 - Cl⁻
 - Urée
 - Crétinine

Exploration de la prostate

- PSA

[] PSA

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Spectrum® 500mg

Ciprofloxacin 500 mg Comprimés



6 118000 081456

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goître
Problèmes de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénales et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

الخصائية في أمراض الغدد والسكري

أمراض الأيض وطب التغذية

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

Casablanca, le 22/3/23.

Nom : Dr ARRAS Noureddine

24,80

Spectrum 500

1 pax 21T x 5j

Probiotis

1 gell = 21T x 6

168,00

Gummipage 1g.

~~PHARMACIE RIHAB
EL MELLAH - FASSI FIRRI
5, Rue Cadi Akkar - Casablanca
Tél: 06 22 25 46 85~~

28,00 x 6

1 pax 21T x 3mbs

242,80

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition
4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 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) - 4^{eme} étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

