

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041315

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 073.11

Société : L1981

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. EDDAHRY Aïche

Date de naissance : 23-12-1962

Adresse : Lotissement HAJ FATAH N° 8 2^e étage
EL WALFA Rabat

Tél. : 06 91 59 62 04

Total des frais engagés : 937,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 05 / 2020

Nom et prénom du malade : M. EDDAHRY Aïche

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 14 / 09 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 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 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 ولكل 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 والوثائق 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 بظل رهينا بطلب الموافقة المدسقة.
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 للاستفادة 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.

| | |
|--|---|
| توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO |
| Identification de l'agent : | تاريخ الاستلام : |
| Date de dépôt du dossier : | Date d'arrivée : |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--------------|
| | | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie | | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02 | B.E. ANNAJIB |
| موافقة مسبقة * Entente préalable * | | تنفيذ * Exécution * | | | |
| N° Dossier : | | | | | |
| Partie réservée à l'assuré(e) | | | | | |
| خاص بالمؤمن له (لها) | | | | | |
| الاسم العائلي والشخصي : Mr EMMARKY Aiche | | | | | |
| رقم التسجيل : 155724734 | | | | | |
| رقم بطاقة التعريف الوطنية : BE 66 0 24 | | | | | |
| N° CIN : | | | | | |
| 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 : Lotissement Haj PATAH No 8 Etage 02 OULFA | | | | | |
| العنوان : | | | | | |
| Montant des frais : 937,60 Dhs | | | | | |
| مبلغ المصاريف : | | | | | |
| Nombre de pièces jointes : | | | | | |
| Déclaration du médecin traitant | | | | | |
| Bénéficiaire de soins | | | | | |
| الاسم العائلي والشخصي : EDDARKY RECHAD | | | | | |
| تاريخ الميلاد : BE 66 0 24 | | | | | |
| N° CIN : | | | | | |
| الجنس : مذكر | | | | | |
| INPE et code à barres ** | | | | | |
| 024494947 | | | | | |
| Médecin traitant | | | | | |
| الطبيب المعالج | | | | | |
| Etablissement de soins | | | | | |
| المؤسسة العلاجية | | | | | |
| نوع العلاجات : | | | | | |
| Type de soins : | | | | | |
| Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض | | | | | |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. | | | | | |
| Fait à : | | | | | |
| Le : | | | | | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. | | | | | |
| Fait à : | | | | | |
| Le : | | | | | |
| توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e) | | | | | |
| توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins | | | | | |

* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de Soins) ainsi que le code à barres

| Description des actes effectués | | | | | | وصف العمليات المجرة | |
|---|--|--------------------------------|---|---|---------|-----------------------------------|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | | رمز العمليات Code des actes | | معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP | | المبلغ المفوتر Montant facturé | |
| توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant | | | | | | | |
| 04/05/20 | | | C | - | 200 DHS | | Dr. Soumaya SAATI Médécine Générale 355, Bd. Zekakoui - Bourgogne 2ème Etage - Casablanca Tél: 05 27... 13 00 |
| INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | |

| | | | |
|--------|--|--|--|
| CIM-10 | | | |
|--------|--|--|--|

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | | عمليات الإحياء، الأشعة والصور | |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | | | |
| ٢١-١٢-٨٥ | ١٣٣٦٠ | | ٤٢٢٥٠٠ | | | | |
| INPE et code à Barres !-INPE-! 093004006 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | |

| <p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p> | | |
|--|--|--|
| <p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p> | <p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p> | <p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p> |
| <p>04/05/2020</p> | <p>31560</p> | <p>Pharmacie de l'Avenir</p> <p>Dr. Med El Amine Bourgoigne</p> <p>Tel: 05 22 27 22 31</p> |
| <p>INPE et code à Barres</p> <p>08.201.24.34</p> | | |
| <p>INPE et code à Barres</p> <p>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> | | |

Dr. SAATI SOUMYA

Medecine Générale

ECHOGRAPHIE



الدكتورة سعتي سمية

الطب العام

الفحص بالمصدى

Casablanca, le 04/05/20

Dr. SOUMAYA SAATI

- 609 - GPT

- 864

Thyroides

W3ANC

Le 1/5
Cholester

Dr. Soumaya SAATI
Médecin Générale
355, Bd. Zerkouni - Bourgogne
2ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 27 13 00

Dr. SAATI SOUMYA

Medecine Générale

ECHOGRAPHIE



الدكتورة سعتي سميرة

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le

20/11/2022

Dr. SAATI SOUMYA

Dr. SAATI SOUMYA

6350
in

Rullon

AS

Mr. LIT No.

9260
in

Inter-10

AS

Mr. AL

8980
in

Mobi

AS

Mr. AL

3820
in

Dro-2

AS

PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme D. LOUDI
100, Bd Med El Meknassi Bourgoigne
Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31

3200

Eucarbon

Ep / Snt



31560

Dr. Soumaya SAATI
 Médecin Généraliste
 555 Bd. Zerktouni - Bourgogne
 2ème Etage - Casablanca
 Tél. 03 22 27 13 00

SYNTHEMEDIC
 22 rue souheir benou al souam roches
 noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Op GR

Boîte 14

840150MP 21NRQ

P.P.V. 92,60 DH

6 118001 020581

بريسوب الدروقاطرين

DRO-SPA® FORT 80 mg

30 comprimés



6 118000 181217

EUCARBON®

30 comprimés



6 118001 250295

Neobiline®

Ampoules buvables

Lot:
 À consommer de
 préférence avant le:

PPC: 89,50 DH



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA



INP 093001006

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006
C'NSS : 6369949 IF : 40110273 – IC'E : 001699292000019

FACTURE N° : 200500081

Casablanca le 07-05-2020

Mme EDDAHRY Aicha

Date de l'examen : 07-05-2020

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--|------|-------|
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E15 | E |
| 0106 | Cholestérol total | B30 | B |
| 0118 | Glycémie | B30 | B |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 | B |
| 0134 | Triglycérides | B60 | B |
| 0141 | Gamma glutamyl transférase (GGT) | B50 | B |
| 0146 | Transaminases O (TGO) | B50 | B |
| 0147 | Transaminases P (TGP) | B50 | B |

Total des B : 370

TOTAL DOSSIER : 422.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt-deux dirhams .



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - PHA.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris /

cofrac



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles
sur www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés
par le symbole [AC] sont couverts
par l'accréditation

Dossier cuve: 1 le : 07-05-2020

Prélevé le : 07-05-2020

Edité le : 07-05-2020

Mme EDDAHRY Aicha

Réf dossier: 20050353

DR Soumaya SAATI

355 AG BD ZERKTOUNI RUE IBN AYOUB
CASABLANCA

Page N° : 1 / 2

Valeurs références

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Glycémie à jeun [AC]

(Dosage enzymatique)

Résultat contrôlé

2.23 g/L

12.38 mmol/L

(0.74-1.09)

(4.11-6.05)

13-01-2020

1.85

Hémoglobine glyquée (HBA1C)

(Technique HPLC/D-10 BIOFAD)

8.3 %

13-01-2020

8.0

Interprétation :

Sujet non diabétique :

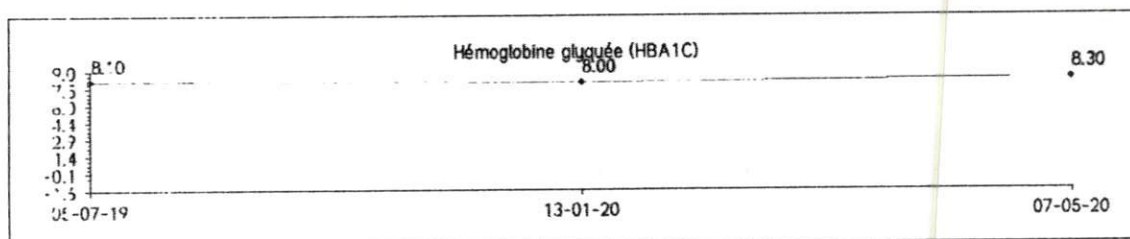
4.0-6.0

Sujet diabétique :

>ou= 6.5

Valeurs seuils table diabète type 2 :

<ou= 6.5



Cholestérol total

(Dosage colorimétrique enzymatique)

1.58 g/l

4.08 mmol/L

(<2.00)

(<5.16)

13-01-2020

2.36

Triglycérides

(Dosage enzymatique)

1.07 g/L

1.21 mmol/L

(<1.50)

(<1.70)

13-01-2020

1.32

Transaminases SGOT /ASAT [AC]

(Dosage enzymatique)

25 UI/L

(<40)

05-07-2019

19

Dr. Ouzzani

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerktouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13
E-mail : labocbc@gmail.com - Site web : www.laboratoirecbc.com - INP : 093001006 - Patente : 35405458 - C.N.S.S. : 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

COHNE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MICROLOGIE - FMA



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles
sur www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés
par le symbole [AC] sont couverts
par l'accréditation

Dossier : 20C50353

Mme EDDAHRY Aicha

Page N° : 2 / 2

Valeurs références

Antériorités

Transaminases ALAT (GPT) [AC]

35 UI/L

(<41)

05-07-2019

19

(Dosage enzymatique)

Résultat contrôlé

Gamrna glutamyl-transferease (GGT) [AC]

36 UI/L

(<40)

(Dosage enzymatique IFCC)

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerktouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13
E-mail : labocbc@gmail.com - Site web : www.laboratoirecbc.com - INP : 093001006 - Patente : 35405458 - C.N.S.S. : 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019

Dr. Ouazzani

REF: 610-2-06 : مرجع رقم