

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Lignes 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 caractére 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

ND 51645

Optique

Autres

 Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-07-58

Adresse : R. SAVAGE, Bd. Bourgogne N° 130 Casab

Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 1596,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Conjointe 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 : CAEN Le : 15/12/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et par événement.
La feuille de soin 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 admettés.

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 CNRS.

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.

• وليمات بحث اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حث.
يجيب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(صفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من حرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشتراء.

سيتم تعريف المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموقف المسيبة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الستندوق
الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للایستقلة من خدمات
غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

توقيع و طابع الوكالة

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
BéSrvé à la RAMO

Identification de l'agent :

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *		<input type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	
			رقم التسجيل: 610-1-03
نº Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
خاص بالمؤمن له (4)			
Nom et prénom : <u>KSAR Mohamed</u> الاسم العائلي والشخصي : Nº Immatriculation : <u>159689128</u> رقم التسجيل :			
Nº CIN : <u>B_99_1195</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علامة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (4)			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : <u>R. SANAA, Bd. Bourgogne № 130 - CASA</u> العنوان :			
Montant des frais : <u>1586,80</u> درهم Dhs. مبلغ المصروف :			
Nombre de pièces jointes : <u>7</u> عدد الوثائق المرفقة :			
Déclaration du Médecin traitant			
تصريح الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج			
Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :			
Date de naissance : تاريخ الإلزام :			
Nº CIN: رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Sexe* : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M. * الجنس :			
INPE et code à barres : <u>1596891287</u> رقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفّر ** :			
Médecin traitant الطبيب المعالج : <u>DT. EL OURZADI Abdellatif</u> Etablissement de soins المؤسسة العلاجية			
Type de soins <u>Anesthésiste-Réanimateur</u> نوع العلاجات			
Admission ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non قبول المرض المزمن :			
Nº dossier ALD : _____ رقم ملف المرض المزمن :			
Code ALD: _____ رمز المرض المزمن :			
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشارة*			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.أشدّ يميناً على ما تذكر أعلاه			
Fait à : <u>CASABLANCA</u> Le : <u>15/10/2019</u> Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e) <u>Signature of the insured</u> في :			
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins			

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code

elle portant à l'ENP (Conseil National des Professionnels de santé et des Exploitants de soins), ainsi qu'à l'Ordre des infirmiers.

MISSION DE L'UNESCO - PLACE DE DAKAR - Casablanca BP. 21800 - Tél. 050 200 700 / 050 203 3333

Ins.

الصور، الأشعة، الإحياء و عمليات

نوع العمل	رقم العمل	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes			
28.11.19	B 310		356,-	CENTRE DE BIOPSY ET DE RADIOLOGIE Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI Biologiste 394, Bd. Berkoune - Casablanca Tel: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13
INPE et code à Barres 093801426				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة
Liste des dispositifs médicaux fournis

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

نوع و ملابس طبي للصالح Signature et Cachet du Médecin traitant	الملبغ المفoter Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
	350DH		C2	18.10.19
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات: ملخصات

Notes Paramédicaux	تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

ICD-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

بيان تعويض التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 20192006949689

Emis à Casablanca le : 14/01/2020

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06
BOURGOGNE
CASABLANCA 2005

Informations :

معلومات :

مرجع الاشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
060289917	18/10/2019	CS	ETABLISSEMENT PRIVE	350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
060289917	18/10/2019	B	BIOLOGIE	356,00	1,10	310,00	1,00	341,00	70	238,70
060289917	18/10/2019	PH	PHARMACIE	890,80	754,80	1,00	1,00	754,80	70	528,36
Total remboursé pour MOHAMED										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Clinique Hamdani
مصحة حمداني

REÇU

N° 03027

SERVICE CONSULTATION

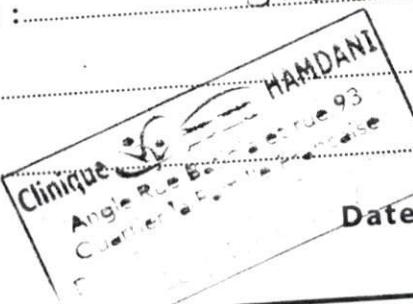
Nom et Prénom :

KARIM Chamed

Arrêtée à la somme de :

350 DH

VISA Caisse :



زاوية زنقة الباطنية وزنقة رقم 93، حي العائلة الفرنسية، درب غلف المعاريف، الدار البيضاء
Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille française, Derb Ghellaf, CASABLANCA
الهاتف : 05 22 92 28 28 / البريد الإلكتروني : c.h.batinia.casa@gmail.com
E-mail : c.h.batinia.casa@gmail.com

Casablanca, le 18/10/19

ORDONNANCE

Nom et Prénom : KSAK Mohamed Age : Sexe : Poids :

(113.30) ^{kg}

Dépakine 500 mg x 10

(205.0) ^{kg}

Arripiphine 5 mg x 10

(13.80) ^{kg}

Langactil 1 mg x 10

PHARMACIE ET THERAPIE
Angle Rue Batinia et Rue 93 Rue 11
Tél. 05 22 70 20 42
CASABLANCA

Langactil 1 mg x 10

0 - 0 - 1

Ther 890.80

RDV le : 11/10/2019 à H mn
Consigne Particuliers :

Cachet et Signature du Médecin

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
PPV : 113,30 DH



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
PPV : 113,30 DH



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
PPV : 113,30 DH



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
PPV : 113,30 DH



6 118001 081073

ARIPIPHI® 5 mg

30 comprimés



6 118000 051398

ARIPIPHI® 5 mg

30 comprimés



6 118000 051398

Largactil 25 mg

50 Cp pel séc

LOT : 6MA013
PER : 08/2021
P.P.V : 13DH80

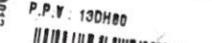


6 118000 012382

Largactil 25 mg

50 Cp pel séc

LOT : 6MA012
PER : 08/2024
P.P.V : 13DH80



6 118000 012382

Casablanca, le 18/10/14

ORDONNANCE

Nom et Prénom : KSAR Mohan Age : Sexe : Poids :

1) ALAT/ASAT/8GT

2) Urea / creatinine

3) Hb A1C

CENTRE DE BIOLGIE DE CASABLANCA
Dr. Hicham OUAYYANI TOUHAMI

Bld. Zerktouni Casablanca
Tél: 05 22 92 28 00 - FAX: 06 22 97 49 13



RDV le : à H mn
Consigne Particuliers

Cachet et Signature du Médecin

Dr. EL OUAZZANI Abdellatif
Anesthésiste-Réanimateur

مصحة حمداني متعددة الاختصاصات، زاوية زنقة الباطنية وزنقة رقم 93، حي العائلة الفرنسية، درب غلف الدار البيضاء
Clinique Hamdani Multidisciplinaire, Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille française, Derb Ghellaf - Casablanca
الهاتف : 05 22 92 28 28 (L.G) - البريد الإلكتروني : E-mail : c.h.batinia.casa@gmail.com



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA



394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006
CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019



FACTURE N° : 191100730

Casablanca le 28-11-2019

Mr KSAR Mohamed

Date de l'examen : 28-11-2019

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15	E
0111	Créatinine	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0135	Urée	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 310

TOTAL DOSSIER : 356.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante-six dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr. Hicham OUAZZAN TOUJOUR
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحاليل الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.

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 V

Dossier ouvert le : 28-11-2019

Prélevé le : 28-11-2019

Édité le : 28-11-2019

cofrac



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles
sur www.cofrac.fr

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

Page N° : 1 / 2

Valeurs références

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

26-04-2019

Hémoglobine glyquée (HbA1C)
(Technique HPLC/D10 BIORAD)

15.3 %

10.2

Interprétation :

Sujet non diabétique : 4.0-6.0
Sujet diabétique : >ou= 6.5
Valeur souhaitable diabète type 2 : <ou = 6.5

26-03-2019

Urée [AC]
(Dosage enzymatique)

0.26 g/L
4.3 mmol/L

0.30

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerkouni - 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
Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni Casablanca
+212 52 27 48 96 - Dr. Ouazzani



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
مختبر التجارلات الطبية
Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.

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 V

Dossier : 19112522

Mr KSAF Mohamed



ACCREDITATION N° 8-4177
Portées disponibles
sur www.cofrac.fr
Seuls les résultats identifiés
par le symbole [AC] sont couverts
par l'accréditation

Page N° : 2 / 2

	Valeurs références	Antériorités
Créatinin [AC] (Dosage cinétique) Résultat contrôlé	6.6 mg/L 58.4 µmol/L	26-03-2019 7.3
Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) (Selon la Formule CKD EPI)	100 ml/min/1.73m ²	96
Valeurs de référence du DFG en fonction l'âge :	> 75 mL/min/1.73m ²	
< 40 ans	> 75 mL/min/1.73m ²	
40-65 ans	> 60 mL/min/1.73m ²	
> 65 ans	> 45 mL/min/1.73m ²	
Interprétation :		
Stade	DFG	Définition
1	> 90	MRC* avec DFG normal ou augmenté
2	60-89	MRC* avec DFG légèrement diminué
3A	45-59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	30-40	Insuffisance rénale chronique modérée
4	15-29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale