

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.

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.

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 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

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° P19-0019724

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société : 59093
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NEB mouche Date de naissance : 05/06/1975
Adresse : 18 même
Tél. : 06 62 41 603 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : CASA

Le : 10/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : 11/06/21

suivre

de soins par personne et par événement.

soins doit être accompagnée de toutes les
atives originales (ordonnances médicales,
ats des examens de radiologie et/ou de

nom de la personne soignée doivent être
praticiens eux mêmes sur chaque feuille de

s et les PPM concernant les médicaments
être joints aux ordonnances transmises.

soins ainsi que les pièces justificatives
présentées à la CNSS dans les deux mois qui
premier acte médical, sauf s'il y a traitement
inu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être
s les soixante (60) jours qui suivent la fin du

sement des frais engagés sera effectué sur la
rification nationale de référence.

s liés aux accidents du travail et maladies
elles ne sont pas couverts.

réalable de la CNSS pour les prothèses et
tie faciale est nécessaire.

onne coupable de fraude ou de fausse
pour obtenir des prestations qui ne sont pas
sibles des sanctions légales et réglementaires.

de remboursement prise par la CNSS est
au respect des conditions réglementaires et de
le.

تعليمات يجب اتباعها

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 للشخص المعالج
من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسله.

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

سينتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفه الوطنية
المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.

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 وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

de l'agent :

du dossier :

Date d'arrivée

تاريخ الإستلام



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable

تنفيذ
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

Réf:AM:1.2.01-01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ARBAS, Nour Soline

N° Immatriculation : 14330344

N° de la carte d'Identité Nationale : 8188216

Liens de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : 118 la même

Montant des frais : 1287,10 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 9

Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات	
الاسم العائلي والشخصي : ARBAS, Nour Soline	
تاريخ الإيداع : 01/01/2014	
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8188216	
الجنس : *	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى

Identification du Médecin traitant

الرقم الوطني الإستدلالي الممارس : 0911444444	
نوع العلاجات : 0911444444	
تم تقديم الظرف المغلق : 0911444444	
Maternité* <input type="checkbox"/>	Date de grossesse : 01/01/2014
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation : 01/01/2014
Accident* <input type="checkbox"/>	Date d'accident : 01/01/2014

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	
Fait à : 01/01/2014	في : 01/01/2014
Signature de l'assuré(e)	

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

Docteur Jafar ZEMRAG

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy

Ancien Assistant - Chef de Clinique

Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires

Lithotripite Extracorporelle - Greffes Rénales

Echographie - Circoncision - Andrologie

Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك

جراحة المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية تنسي (فرنسا)

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بتنسي

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

من جراحة والفحص الداخلي للمسالك البولية والتناسلية

عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le

06/01/2021



ARRAS



159,30

Flotral

1 mois



153,30x2

11;

4. Periton

1 mois



21;

380

ou 3. Co. Traction for
Spectra 500

83,20

21;

11



Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
52, Rue Taha Houcine (Ex Gallilé) Qt. G
Casablanca
Tél.: 0522 26 70 98/26 72

CO-TRIM[®] ○
20 comprimés **FORT**



6 118000 030195

PPV 38400

FLOTAL[®] 10 mg ○

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



6 118001 300150

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

Spectrum[®] 500_{mg} ○
Ciprofloxacine 10 Comprimés



6 118000 081456

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires

Lithotripite Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية تنسي (فرنسا)
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بنسي
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

نص جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال . زرع الكلية . طهارة الأطفال

Casablanca, le 06/04/2021

INPE
091141309

ATTESTATION DE PERCEPTION D'HONORAIRES

Je soussigne Dr **JAFAR ZEMRAG** certifie avoir examiné ce jour
MR **AKRAS Noureddine** et avoir perçu comme honoraire
pour sa consultation plus echographie la somme de sept cents dhs
(700 DHS).

Délivré à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce
que de droit.

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
52, R. - Taha Houcine (ex Gallilée)
Qt. Gauthier - Casablanca
Tel.: 0522 26 70 98 / 26 72 24

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 210202150162094	Emis à Casablanca le : 09/02/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 173353212 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
076495422	06/01/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
076495422	06/01/2021	KE	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70	140,00
076495422	06/01/2021	PH	.	280,50	280,50	1,00	1,00	280,50	70	196,35
076495422	06/01/2021	PHN	.	306,60	306,60	1,00	1,00	306,60	00	0,00
076495421	13/01/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
076495421	13/01/2021	Z	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	160,00	1,00	1,00	160,00	70	112,00
076495421	13/01/2021	KC	MEDECIN SPECIALISTE	450,00	337,50	1,00	1,00	337,50	70	236,25
076495421	13/01/2021	Z	MEDECIN SPECIALISTE	1 500,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
076495421	13/01/2021	PHN	.	19,80	19,80	1,00	1,00	19,80	00	0,00
076495421	13/01/2021	PH	.	843,00	843,00	1,00	1,00	843,00	70	590,10
Total remboursé pour NOUREDDINE										2 184,70
Total général remboursé										2 184,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

nom : ARRAS Opérateur : Dr.J.ZEMRAG
prénom : NOUREDDINE
date de naissance : 12/05/1957 date d'examen : 06/01/2021

TYPE: COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

INDICATION : Prostatisme

<u>HAUT APPARIEL URINAIRE :</u>	Rein droit	Rein gauche
Dimension :	9.69/4.94	10.24/5.08
Différenciation corticomédullaire :	Bonne	Bonne
Syndrome tumoral :	Non	Non
Dilatation pyélocalicielle :	Non	Non
Lithiase :	Non	Non

VESSIE :

Epaisseur : De lutte
Diverticule : Non
TV : Non
Résidu : Non
Calcul : Non

ECHOGRAPHIE PROSTATE

Taille : Augmentée 70.05 G
Echostructure : Homogène

CONCLUSION : Reins normaux
Vessie de lutte
Prostate de taille augmentée et homogène

Dr. J. ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
52, Rue Tahar Houdou (Ex Gallien) Qt. Gauthier
Casablanca
Tél.: 0522 26 70 98/26 72 24