

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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° M21- 0034591

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société : 68866

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEMOUCHOU J. J.

Date de naissance :

Adresse : 118 La Vierge

Tél. : 06 67 41 60 33 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : ARRAJ Noumeine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

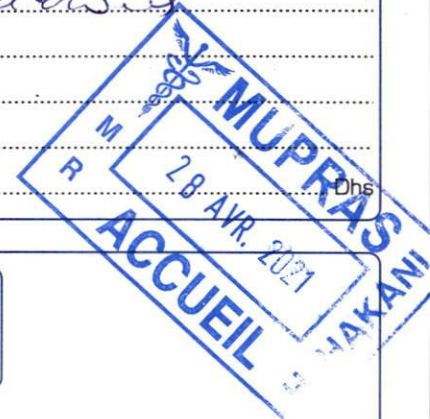
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## 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 de 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.

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، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أئمتتها بالوصفات المرسلة.


يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

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.

|  |   |                        |   |
|--|---|------------------------|---|
|  | <b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b><br><b>Feuille de Soins Maladie</b> |                        | مديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire<br>Réf : 610-1-02<br>مرجع رقم 1.2.01.01 |
|  | موافقة مسبقة *<br>Entente préalable *                                   | تنفيذ *<br>Exécution * |   |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

|   |  |   |
|---|--|---|
| الاسم العائلي والشخصي : <b>ARRAS Nouredine</b>  |  | خاص بالمؤمن له ( لها )                          |
| رقم التسجيل : <b>1171335B212</b>  | رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1882116</b> | علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) * |
| N° Immatriculation : <b>1171335B212</b>   | N° CIN : <b>1882116</b>                    |   |
| 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 : <b>Angle OUAR EL Khayam. Rue des Roses. Res Fatima ZAHRA II</b>   |  |   |
| Montant des frais : <b>539,40</b> Dhs   |  |   |
| Nombre de pièces jointes : <b>5</b>   |  |   |

Déclaration du médecin traitant

|   |  |
|---|--|
| المستفيد من العلاجات  |  |
| Bénéficiaire de soins   |  |
| Nom et prénom : <b>Mr ARRAS Nouredine</b>   |  |
| Date de naissance : <b>11/11/1982</b>   |  |
| N° CIN : <b>1882116</b>   |  |
| Sexe : <b>M</b> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> |  |
| INPE et code à barres **  |  |
| Médecin traitant<br>الطبيب المعالج  | Etablissement de soins<br>المؤسسة العلاجية |

Type de soins

|   |   |
|---|---|
| Maladie* <input checked="" type="checkbox"/> مرض  | Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة |
| Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء | Accident* <input type="checkbox"/> حادثة  |

|  |  |
|--|--|
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.<br>Fait à : <b>بي</b><br>Le : <b>11/11/2021</b> | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.<br>Fait à : <b>بي</b><br>Le : <b>11/11/2021</b>          |
| توقيع المؤمن له<br>Signature de l'assuré(e)  | توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية<br>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins |

\* Cocher la mention utile pour chaque cas.  
 \*\* Accéder l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

دار الوس - ساحة داکر - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 548 607. مركز الاتصال 09 8200 7200. الفاكس 0522 548 625 / 26 / 27 / 28.  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casa Gare Tél: 0522 548 607. Centre d'appels AMO : 09 8200 7200. Fax : 0522 548 625 / 26 / 27 / 28.

|  |  |
|--|--|
| توقيع وطبيب الوكالة<br>Cachet et signature de l'Agence   | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Réservé à la DAMO    |
| Identification de l'agent : .....<br>تاريخ الإيداع : 11/11/2021<br>Date de dépôt du dossier : 11/11/2021 | تاريخ الاستلام : 11/11/2021<br>Date d'arrivée : 11/11/2021 |



| Description des actes effectués     |                                |  |                                   | وصف العمليات المجرة  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes    | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et cachet du Médecin<br>traitant |  |
| 23.03.2021                          | CS                             |  | 300,000                           | G. Anis  |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354 |                                |  |                                   |  |  |
| 26.03.2021                          | CS                             |  | 300,000                           | G. Anis  |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354 |                                |  |                                   |  |  |

CIM-10

| Actes Paramédicaux                  |                                |  |                              |                                   | عمليات المساعدين الطبيين  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes    | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | عدد العمليات<br>Nbre d'actes | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |  |
|                                     |                                |  |                              |                                   |   |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354 |                                |  |                              |                                   |   |  |
|                                     |                                |  |                              |                                   |   |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354 |                                |  |                              |                                   |   |  |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie |                                |   |                                   | عمليات: الإحياء، الأشعة والصور   |  |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAPINABM | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء<br>Signature et Cachet du Radiologue ou<br>Biologiste |  |
| 24/03/2021                                |                                | B: 160+   | 239,400                           |  |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354       |                                |   |                                   |  |  |
|   |                                |   |                                   |  |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354       |                                |   |                                   |  |  |

| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis |                               |  | جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة |  |
|---|-------------------------------|--|--|--|
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                                     | الثلث المفوتر<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou<br>Fournisseurs des dispositifs médicaux |  |  |
|   |                               |  |  |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354                                   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
| INPE et code à Barres<br>1090006354                                   |                               |  |  |  |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire |               |          |            |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation   | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|   |               |          |            |

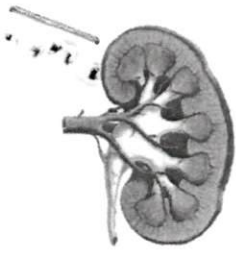
|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|  | <b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b><br><b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>   | <br>الضمان الاجتماعي<br><b>CNSS</b> | مديرية التأمين الصحي الإجمالي<br>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire<br>REF : 610-2-06 : مرجع رقم |
|   | Référence structurée : 210404049831485  | Emis à Casablanca le : 20/04/2021  | Page : 1   |
|   | <b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة<br>ARRAS NOUREDDINE<br>RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD<br>AMAR EL KHAYAM<br>CASABLANCA 2020<br>N° d'immatriculation : 173353212<br>Règlement du mois : 04/2021<br>Mode de paiement : Virement |  |  |
| <b>Informations :</b>   |   |  |  |

معلومات :

| مرجع الإشعار بالاستلام          | تاريخ العلاج  | العمليات | مهنيو الصحة           | مبلغ المصاريف         | التعريف المرجعية   | المعامل | الكمية   | أساس التعويض          | نسبة التعويض            | مبلغ التعويض      |
|---------------------------------|---------------|----------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| Référence accusé de réception   | Date de soins | Actes    | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff.  | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Montant remboursé |
| ARRAS NOUREDDINE                |               |          |                       |                       |                    |         |          |                       |                         |                   |
| 076490326                       | 23/03/2021    | CS       | MEDECIN SPECIALISTE   | 300,00                | 150,00             | 1,00    | 1,00     | 150,00                | 81                      | 121,50            |
| 076490326                       | 23/03/2021    | B        | BIOLOGIE              | 239,40                | 1,10               | 160,00  | 1,00     | 176,00                | 81                      | 142,56            |
| Total remboursé pour NOUREDDINE |               |          |                       |                       |                    |         |          |                       |                         | 264,06            |
| Total général remboursé         |               |          |                       |                       |                    |         |          |                       |                         | 264,06            |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



# Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie  
Maladies des Reins et Hémodialyse  
Ancien Interne et Chef de Clinique  
des Hôpitaux de Paris  
Médaille d'or de la Faculté Cochin  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Paris

Casablanca, le 23/03/2021.

M. ARRAS MOURKEDICHE

- ALBUMINURIE

- échographie des reins  
plus tard.

Docteur Anis LAHLOU  
NEPHROLOGUE  
Angle Bd Ghandi  
et 2 Rue Kadmiri Casablanca  
Tél: 0522 25 61 48 INP: 091089383

Laboratoire Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA

**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 : 24-03-2021

**Mr. Nouredine ARRAS**

|            |            |
|------------|------------|
| FACTURE N° | 2103241018 |
|------------|------------|

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse                                      | Val  | Clefs |
|------|--|------|-------|
| PS   | Prélèvement sang                             | E25  | E     |
| 9105 | FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN | E0   | E     |
| 0101 | Albuminémie (Méthode immunologique)          | B60  | B     |
| 0200 | Protéines                                    | B30  | -     |
|      | EPP  | B100 | B     |

Total de B : 160

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 239.40 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent trente-neuf dirhams quarante centimes

  
Laboratoire Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA





Prescripteur : Dr ANIS LAHLOU

Dossier ouvert le : 24-03-2021 08:41

Edité le : 25-03-2021

Réf : 2103241018

Mr. ARRAS Noureddine

Compte Rendu d'Analyse

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

Page 1 / 1

**BIOCHIMIE SANGUINE**

Roche Cobas 6000

|                    |          |             |
|--------------------|----------|-------------|
| Protéines totales: | 67.3 g/L | (62.0-83.0) |
| Albumine sérique:  | 36.9 g/L | (38.0-50.0) |

01-09-2020  
68.5

**ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUES**

commentaire:

Profil normal. voir tracé ci-joint

Fin du compte rendu

Laboratoire Bir Anzarane  
17, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

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

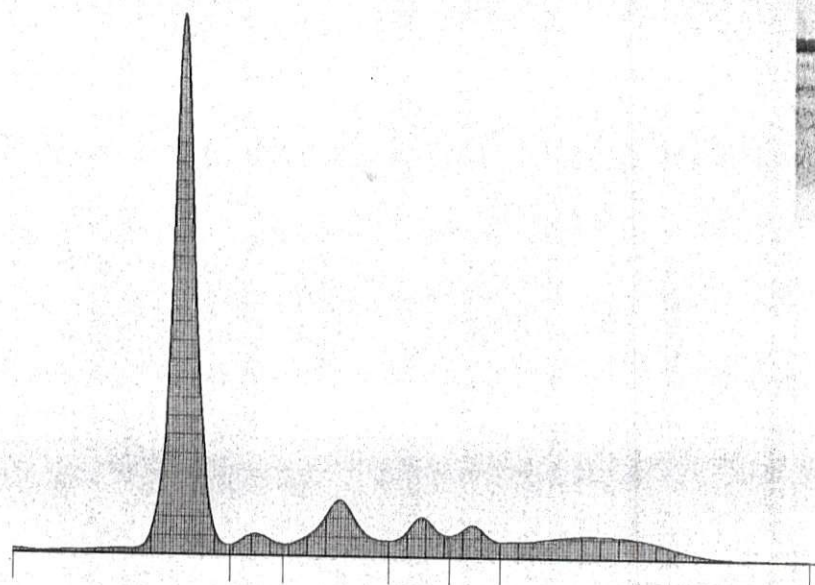
Dr N. BAAJ  
Pharmacien biologiste

Dossier du : 24/03/2021

Réf : 242103241018

ARRAS Noureddine

***Électrophorèse sur gel des protéines sériques***  
***Réalisé sur Automate HYDRASYS 2 Scan SEBIA***



| Nom      | %    |   | Normales %  | g/L  | Normales g/L |
|----------|------|---|-------------|------|--------------|
| Albumine | 59,8 | < | 60,3 - 72,8 | 40,2 | 37,4 - 60,4  |
| Alpha 1  | 3,4  | > | 1,0 - 2,6   | 2,3  | 0,6 - 2,1    |
| Alpha 2  | 11,9 | > | 7,2 - 11,8  | 8,0  | 4,5 - 9,7    |
| Beta 1   | 6,6  |   | 5,6 - 9,1   | 4,4  | 3,4 - 7,6    |
| Beta 2   | 4,8  |   | 2,2 - 5,7   | 3,2  | 1,3 - 4,8    |
| Gamma    | 13,5 |   | 6,2 - 15,4  | 9,1  | 3,8 - 12,8   |

Rapp. A/G : 1,49

P. T. : 67,3 g/L

Laboratoire BIR Anzarane  
117. Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA  
Biologiste