

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

Nº M21- 042238

S.N

- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2206 Société : K. A. H.

- ☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SHLOAN SLAWKA

Date de naissance : 06-06-1956

Adresse : 21201 ESSAË DA SIDA, 1171 AKO1

Tél : 066156-55-62 Total des frais engagés : Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : RIAN SOHA NOUNEST Age : 65

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 : CASO Le 02 / 07 / 2011

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

es et circonstances
 re confidentiel, communiquer les renseignements
 M H 05 AOUT 2021
 des renseignements portés sur la pré-
 relative à la protection des données po
 ACCUEIL Le

Dhs

MUPPRAS
ACCUEIL C. MINIA
02 AOÛT 2021
M. [Signature]
Age: [Signature]
☐ Enfant

conjoint

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 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 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 و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسل بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 : Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	REF. ANAM 1.2.02.01	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et p.énom : JADAD MAHKA N° Immatriculation : 119126340115 N° CIN : B120182211 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن Adresse : 31 LOT ESSAAD Sidi NAROUF CASAB Montant des frais : Dhs. Nombre de pièces jointes :	الإسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) * العنوان : مبلغ المصاريف : عدد الوثائق المرفقة :
--	---

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins Norm et prénom : RIAD SOUH NOUR EDDINE Date de naissance : 10/10/1981 N° CIN : B145126 Sexe * : F <input type="checkbox"/> أنثى INPE et code à barres **	المستفيد من العلاجات الإسم العائلي والشخصي : تاريخ الإزدياد : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس * : الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N° dossier ALD : Code ALD : Maladie * : <input type="checkbox"/> مرض	قبول المرض المزمن * : رقم ملف المرض المزمن : رمز المرض المزمن :
Hospitalisation * : <input checked="" type="checkbox"/> استشفاء	قبول المرض المزمن * : رقم ملف المرض المزمن : رمز المرض المزمن :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : 12/10/2011 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : 12/10/2011 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	---

* Cocher la mention utile pour chaque case

* Attribuer l'étiquette appropriée

** Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Institut National des Professions de santé et des établissements de soins), ainsi que le code à barres

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - الدار البيضاء من ب. 2186 - الدار البيضاء من ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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	
27/04/2021	B-230		3000		
INPE et code à Barres 10991111111111111111					
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
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 11111111111111111111						
INPE et code à Barres 11111111111111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

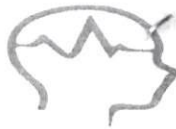
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
27/04/2021	B-230		333,20		
INPE et code à Barres 10991111111111111111					
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
27-04-2021	1074,80			
INPE et code à Barres 11111111111111111111				
INPE et code à Barres 11111111111111111111				

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

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Electro-encéphalogramme (EEG)
Vidéo EEG
Electro-Neuro-Myogramme (EMG)



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني
اختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

إقامة الأنفاس - زاوية إبراهيم الروداني والنحاس النحوي - السابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعارف - الدار البيضاء
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca

Tel/Fax : 0522 25 02 62 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721

Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www.neurologue.ma



casablanca le : 27/04/2021

MR RIAD SOLH NOUREDDINE

Alyse 25 mg
2 gélules, matin, soir, pendant 3 mois

Imurel 50 mg
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 3 mois

D-cure 25000 ui
1 AMPOULE A BOIRE CHAQUE SEMAINE PENDANT 3 MOIS (12 AMPOULES)

Princi-b fort
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 3 mois

DUPLICATE

PHARMACIE OUAZZANI
Dr. Chahja El Ouazzani Nadia
Diplômée de l'Ulg Belgique
75, Lot. Al Montakbal Sidi Maârouf
Casa - Tél : 05 22 97 53 06
INPE: 092025931

PHARMACIE OUAZZANI
Dr. Chahja El Ouazzani Nadia
Diplômée de l'Ulg Belgique
75, Lot. Al Montakbal Sidi Maârouf
Casa - Tél : 05 22 97 53 06
INPE: 092025931

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Tél : 05 22 25 02 62 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Tél : 05 22 25 02 62 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721

RDV
LE: 27/04/2021

RDV 3M57

T= 107480



6 118001 040841



6 118001 040841



6 118001 040841

IMUREL® 50 mg comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 133/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 € HT
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

D-CURE® AMPOULE




6 118001 320080

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

PRINCI-B FORT 
30 comprimés enrobés




6 118000 180234

PRINCI-B FORT 
30 comprimés enrobés




6 118000 180234

PRINCI-B FORT 
30 comprimés enrobés



6 118000 180234

PRINCI-B FORT 
30 comprimés enrobés



6 118000 180234

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 210605651790395	Emis à Casablanca le : 15/06/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 192634015 Règlement du mois : 06/2021 Mode de paiement : Virement	JADDAD MALIKA 31 LOT ESSAADA HAFID EL KHEIR SIDI MAAROUF CASABLANCA 2000	
Informations :			معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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
RIAD SOLH NOUREDDINE										
060603595	27/04/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
060603595	27/04/2021	B	BIOLOGIE	333,20	1,10	230,00	1,00	253,00	85	215,05
060603595	27/04/2021	PHN	PHARMACIE	202,40	202,40	1,00	1,00	202,40	00	0,00
060603595	27/04/2021	PH	PHARMACIE	872,40	820,40	1,00	1,00	820,40	85	697,34
Total remboursé pour NOUREDDINE										1 039,89
Total général remboursé										1 039,89

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI

Neurologue

Electro-encéphalogramme (EEG)

Vidéo EEG

Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

إقامة الانفتاح - زاوية براهيم الروداني واللحاج النحوي - الطابق الثاني فوق البلكة العقاري والساحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca

Tel/Fax : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721

Email : adilaraqi@hotmail.com Site web : www. neurologue.ma



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسبي

إختصاصي في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكه)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



casablanca le : 27/04/2021

MR RIAD SOLH NOUREDDINE

NFS

GOT GPT GGT

د. عادل العراقي الحسبي
Dr ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue - 500 2116
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et
Nahass Nahoui 2ème Etage - Maarif Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 / 05 222 555 66

Dr ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue - 500 2116
Résidence Infitah - Angle Brahim Roudani et
Nahass Nahoui 2ème Etage - Maarif Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 / 05 222 555 66

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bar Anzarane - C. 10
117 Bd. Bir Anzarane - C. 10
ICE : 091744335000023
INP : 093001196

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 : 27-04-2021

Mr. Nouredine RIAD SOLH

FACTURE N° 2104271037

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total de B : 230

TOTAL DOSSIER	333.20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent trente-trois dirhams vingt centimes

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane 20 100
ICE : 001748386000083
INPE : 093001196