

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.

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.

Educational :

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.

Maladie :

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- 0034869

84423

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEK MOUCHE Ouassini

Date de naissance :

Adresse : la même

Tél. : 0664 41 60 30 Total des frais engagés : 1248,80 XH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : A R R A S Noureddine 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 : CASABLANCA

Le : 15/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Instructions à suivre

Etudier 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.

L'accord préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.

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 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 الإستم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتركة وأمنيتها بالوصفات المرسل.

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 ستمين (60) يوما من انتهاء العلاج.

سينم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بالنسبة للبديلة السنوية والتفويض السنوي الوجهي ضرورية.

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 وكل 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 : تاريخ الإيداع:

Date d'arrivée : تاريخ الإستلام:

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable

تنفيذ
Exécution

مرجع رقم 610-1-02

ن° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : **ARRAS Nonreddine**

رقم التسجيل : **173353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B18216111**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : **ابن**

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **RS FATIMA ZAHRAH ANGKOR EL KHAYAT**
Rue des Roses P.A.V. RAHA

مبلغ المصاريف : **1248.90** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **8**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : **ARRAS Youngdine**

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : ☒ ذكر ☐ أنثى

تصريح الطبيب المعالج

الرقم الوطني الإستدلالي الممارس : **1091070466**

نوع العلاجات

ن° INP :

Type de soins :

Maladie* ☐ مرض* ☐ Pour les enfants de moins de 12 ans ☐ للأطفال أقل من 12 سنة

Plu confidentiel remis* : ☐ Oui ☐ Non

Maternité* ☐ أمومة* ☐ Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation* ☐ استشفاء* ☐ Date d'hospitalisation :

Accident* ☐ حادث* ☐ Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : ب :

Le : في :

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ب :

Le : في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أصر بمصداقية وصف المعلومات المذكورة أعلاه

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

* اشطب الخانة المناسبة

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
13.07.2011		5		30000	Dr HADJAM Salah Anesthésiste - Réanimateur	

CIM-10

Actes Paramédicales					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical	

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	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
12/07/11	PC36			70000	Dr. RABAH DE PATHOLOGIE DU CENTRE 52, Boulevard d'Alger Tél: 0522 22 51 51 Fax: 0522 22 50 00	
INP : 091023788						
INP :						
INP :						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou des dispositifs médicaux	تاريخ التنفيذ Date d'exécution	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou des dispositifs médicaux
17/07/11	PHARMACIE BEAUSEJOUR Mr Mustapha Serghini 15, Bd Omar Al Khayyam Kissariat Beausejour, Magasin n°31 Tél: 0522 23 21 71	17/07/11	PHARMACIE BEAUSEJOUR Mr Mustapha Serghini 15, Bd Omar Al Khayyam Kissariat Beausejour, Magasin n°31 Tél: 0522 23 21 71
INP :		INP :	
INP :		INP :	

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 المديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 210907948467686	Emis à Casablanca le : [] [] [] []
	Page : 1	
Identifiant de la famille N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 09/2021 Mode de paiement : Virement	تعريف العائلة ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو 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										
076481116	13/07/2021	CS	MEDECIN	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81	121,50
076481116	13/07/2021	B	SPECIALISTE	700,00	1,10	636,00	1,00	699,60	81	566,68
076481116	13/07/2021	PH	BIOLOGIE	248,80	206,40	1,00	1,00	206,40	81	167,18
076481120	21/07/2021	CS	PHARMACIE	400,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81	121,50
076481120	21/07/2021	PHN	ETABLISSEMENT PRIVE	116,13	116,13	1,00	1,00	116,13	00	0,00
Total remboursé pour NOUREDDINE										976,86
Total général remboursé										976,86

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca

المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Centre d'Urolog

M. ARRAS NOUREDDINE

Né le : 05/12/1957



COC21G15072851

Casablanca, le 17/07/2015

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallié)
Qr Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

PHARMACIE BEAUSEJOUR
Mr Mustapha Serghini
15, Bd Omar Al Khayyam
Kissariat Beausejour, Magasin n°31
Tél : 05 22 23 21 7

PHARMACIE BEAUSEJOUR
Mr Mustapha Serghini
15, Bd Omar Al Khayyam
Kissariat Beausejour, Magasin n°31
Tél : 05 22 23 21 7

PHARMACIE BEAUSEJOUR
Mr Mustapha Serghini
15, Bd Omar Al Khayyam
Kissariat Beausejour, Magasin n°31
Tél : 05 22 23 21 7

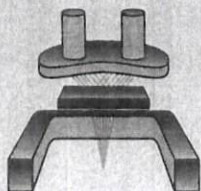
Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallié)
Qr Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

6 118000 081937

Spectrum® 500
Ciprofloxacin 10 Comprimés

6 118000 081456



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 17/07/21

Nom & Prénom : Mr. ARRAS NOUREDDINE
Sur ordonnance du Dr ZEMRAG J.
Réf. : 21H07407

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 16/07/21

Organe ou siège du prélèvement : Prostate

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 64 ans

Adénome de prostate

Résection de prostate

Vaporisation de prostate

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Produit de résection endoscopique de prostate pesant 45 grammes, mesurant en tas 12 cm la taille des copeaux variant de 0,4 à 2 cm, d'aspect blanc-grisâtre, au nombre de 150 copeaux.

A l'examen histologique, les différentes coupes réalisées montrent un parenchyme prostatique siège d'une double prolifération épithéliale et musculaire lisse. La composante épithéliale réalise des lobules de glandes festonnées, parfois à lumière dilatée, tapissées de cellules cylindriques sans anomalie cytonucléaire.

Ces lobules glandulaires sont entourés ou traversés par des faisceaux de léiomyocytes matures.

L'ensemble est remanié focalement par un infiltrat inflammatoire chronique sans signe de spécificité.

Conclusion : Produit de résection endoscopique de prostate de 45 grammes :

Hyperplasie adénomateuse avec adénomyomite chronique prostatique.

Absence de signe de PIN.

Pas de malignité.

Dr L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerktouni
Tél. 0522 22 51 31/0522 22 51 34
Fax 0522 22 50 86



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 02/08/2021

FACTURE N° : 21/08030

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

700,00 Dhs

SEPT CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **16/07/2021**

Pour **ARRAS NOUREDDINE**

Sur ordonnance du : **Dr ZEMRAG J.**

L. LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Bd. Zerktouni
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0512 22 50 90

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 13-07-2021

Facture N° 12717/21

A. Identification

N° Dossier : COC21G13102402 N° Identifiant : 015905
Nom & Prénom : M. ARRAS NOUREDDINE
C.I.N : B138216
Adresse : Resd fatima zahra 2 rue des roses angle Bd omar el khayam hay raha

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-07-2021
Date Sortie : 13-07-2021

Médecin traitant : DR. HADDANI SALAH

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. HADDANI SALAH (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						300,00
Arrêté la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS						
TOTAL GENERAL						300,00

Cachet et Signature





M. ARRAS NOUREDDINE
Né le : 05/12/1957



COC21G15672851

Pr. Laroui, -
Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. Dr. Zennag
Nom et Prénom du Patient ARRAS NOUREDDINE
Age 05-12-1957
Date du prélèvement 15-07-2021
Référence
Renseignements cliniques et paracliniques Adénome de Prostate
Résection de Prostate
Vaporisation de Prostate
Siège du prélèvement Prostate
Nature de l'acte réalisé Résection de Prostate (RTUP)
Thérapeutique préalablement instituée
Actes chirurgicaux antérieurs avec références
Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐
Si oui, rappeler la référence, SVP

Laboratoire de Pathologie
du Centre

52, Boulevard Zerkouni
Tél. 05 22 26 70 98 / 05 22 26 70 99

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles
- Parité
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle
- Frottis monocouche : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐
- Frottis conventionnel : CBE : Endometre ☐

Dr. Zennag
Docteur Jafar ZENNAG
Signature et Cachet