

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.

Education :

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2411 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NEK HOUCHIE Quandis

Date de naissance :

Adresse : 75 La même

Tél. : 06 67 41 60 30 Total des frais engagés : 1248,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : A R RAS 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 : CASA

Le : 15/09/2021

Signature de l'adhérent(e)

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
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 du 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.		
Nom et signature de l'Agence	نوع وظيفة الوكالة Réservé à la DAMO	
Identification de l'agent :		
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée : ١١١١١١	
	نوع وظيفة الوكالة Signature de l'assuré(e)	

06 61 45 49 98.

ورقة العلاج المتعلق بالمرض		مديرة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Feuille de Soins Maladie		Réf. : 610-1-02
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة*	<input type="checkbox"/> تنفيذ*	مرجع رقم. 610-1-02
<input type="checkbox"/> Entête préable*	<input type="checkbox"/> Exécution*	RÉF.NAM:1.2.01-01

N° Dossier :
Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : ARRAS Nourredine
الإسم العائلي والشخصي : ARRAS Nourredine
N° Immatriculation : 173158212
رقم التسجيل : 173158212

N° de la carte d'Identité Nationale : 1818911161
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1818911161

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
 Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : RUE FATIMA ZAHRAH ANGAR EL KHAYAT
العنوان : Rue des Roses 11A Y.RATIA 11817

Montant des frais : 1248.80 Dhs.
مبلغ المصاري : 1248.80 Dhs.
Nombre de pièces jointes : 6
عدد الوثائق المرفقة : 6

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاج
الإسم العائلي والشخصي : ARRAS Nourredine
تاريخ الإيداد : ٢٠١٩/١١/٢٠
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1818911161
الجنس : ذكر أنثى F

نوع العلاجات
الرقم الوطني الإستدلالي للممارسة : ٤٠٩١٥٧٤٦٦
نوع العلاجات : ٤٠٩١٥٧٤٦٦

N° INP	Type de soins	Pli confidentiel remis* :	نوع العلاجات
Arrêté national de l'Institut National de la Santé et de la Sécurité Sociale (INP) : ٤٠٩١٥٧٤٦٦	Maladie* <input type="checkbox"/> مرض * Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/> للأطفال أقل من سن 12	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	نوع العلاجات
	Maternité* <input type="checkbox"/> * أمومة *	Date de grossesse : <input type="checkbox"/> Date prévue d'accouchement <input type="checkbox"/>	نوع العلاجات
	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> * استشفاء:	Date d'hospitalisation : <input type="checkbox"/>	نوع العلاجات
	Accident* <input type="checkbox"/> * حادث *	Date d'accident : <input type="checkbox"/> Causes : أشياء يشهدها كل ما ذكر أعلاه	نوع العلاجات
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : Le : نوع وظيفة الوكالة Signature de l'assuré(e)		Fait à : في : نوع وظيفة الوكالة Signature de l'assuré(e)	

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

* اشطب الحانة المناسبة

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المنفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
13.07.2011		6		20000	Dr HADDAD / Salah Anesthésiste Réanimateur	

CIM-10

Operations Paramédicales						Opérations paramédicales
Date des actes	Code des actes	Facture	Montant facturé	Valeur clé	Facture	Signature et Cachet du Paramédical
INP : []						
INP : []						
INP : []						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Date d'exécution <i>1/1/2012</i>	Signature et cachet du pharmacien <i>Mr Mustapha Serghini</i>	توقيع وطابع الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Munitionneur des dispositifs médicaux
Mr Mustapha Serghini 15, Bd Omar Al Khayyam Kissariat Beauséjour, Magasin n°31 Tél : 05 22 23 21 7 <i>248 85</i>	Mr Mustapha Serghini 15, Bd Omar Al Khayyam Kissariat Beauséjour, Magasin n°31 Tél.: 05 22 23 21 7.	
INP : <u> </u>		
INP : <u> </u>		

	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجاري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>	 الضمان الاجتماعي	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
			REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 210907948467686	Emis à Casablanca le : ٢٠٢١-٠٧-١٣	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 09/2021 Mode de paiement : Virement		ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العنوان Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصروف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعدل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
076481116	13/07/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81	121,50
076481116	13/07/2021	B	BIOLOGIE	700,00	1,10	636,00	1,00	699,60	81	566,68
076481116	13/07/2021	PH	PHARMACIE	248,80	206,40	1,00	1,00	206,40	81	167,18
076481120	21/07/2021	CS	ETABLISSEMENT PRIVE	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

M. ARRAS NOUREDDINE

Né le : 05/12/1957



COC21G15072851

Centre d'Urolog

17/07/2005
Casablanca, le.....

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Housine (ex. Gallilé)
Qr Gauthier - Casablanca

Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

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

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

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

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Housine (ex. Gallilé)
Qr Gauthier - Casablanca

Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

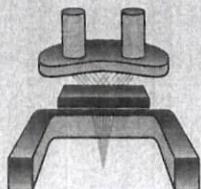
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

6 118000 081937

Spectrum® 500 mg
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 léiomycocytes 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 adéno-myomite chronique prostatique.

Absence de signe de PIN.

Pas de malignité.

Dr L.LARAQUI
Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél. 0522 22 51 31 / 0522 22 51 34
Fax 0522 22 50 00



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila 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. Zerkouni
Tél.: 0522 21 51 31 / 0522 21 51 34 - Fax: 0522 21 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

Médecin traitant : DR . HADDANI SALAH

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

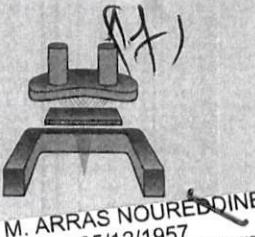
Date Entrée : 13-07-2021

Date Sortie : 13-07-2021

Traitements :

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

Cachet et Signature



Pat Av Yeo,-

Laboratoire de Pathologie du Centre

M. ARRAS NOUREDDINE
Né le : 05/12/1957
COC21G15072851

Pr. Laïla Laraqui
o - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

C:ou 3^e

De la part du Dr.

Dr. Zemrag

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

Vapoisation de Prostate

Siège du prélèvement

Prostate

Nature de l'acte réalisé

Resection 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

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

- Date des dernières règles

52, Bd Zerktouni
Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin

Endocol

Exocol

- Frottis conventionnel : CBE : Endometre

Tél : 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24

Gr Gauthier - Casablanca

32, Rue Tch Houchine (ex. Gallié)

CHIRURGIE ENDO-COQUE

Signature et Cachet

Dokter Zafar ZEMRAG