

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## macie :

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.

## taire :

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.

## ladie 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0034889

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 26111 Société : 93928

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NEKHOUACHE Ouaddia

Date de naissance :

Adresse :

Tys la tétoune

Tél. : 06 64 81 60 30 Total des frais engagés : 13498,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ARRAS Nourassine 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 : 26111 2021

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



### **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.

تَعْلِيمَاتٍ يُجَبُ اِتِّبَاعُهَا

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 المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.**

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المعيبة.  
لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق  
الوطني، للضمان الاجتماعي..

**الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.**

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للإسقادة من خدمات غير مستحقه، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

<sup>†</sup> Cocher is mentioned while others do not mention him.

**\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.**

Maison de l'Assure - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Télephone : 060 200 7200 / 060 203 3333

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور

توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي  
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
30/08/21			5	Pr. EL JARRAS GASTON	Tel : 05.02.33	226,000Dhs	Tel : 05.02.33 E-mail : radi@fclkm-hck.ma
INPE et code à Barres					INPE et code à Barres		
24/01/21			5		101-002-1862		

برد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22.9.21.	352200	INPE 092042456
INPE et code à Barres	INPE	
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
30/08/21			5	Pr. EL JARRAS GASTON
INPE et code à Barres				
24/01/21			5	

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين
					توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

	<p><b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b></p> <p><b>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</b></p>	 الضمان الاجتماعي CNSS	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire		
			REF : 610-2-06 : مرجع رقم		
	<b>Référence structurée :</b> 211009336785678	<b>Emis à Casablanca le :</b> ٢٠٢١-٠٩-٣٠	<b>Page :</b> 1		
	<b>Identifiant de la famille</b>	<b>تعريف العائلة</b>			
	N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 10/2021 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020			
	<b>Informations :</b>				
					<b>معلومات :</b>

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	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعلم Coeff.	الكمية Quantité	أصل التغويض Base de remboursement	نسبة التغويض Taux de remboursement%	مبلغ التغويض Montant remboursé
<b>ARRAS NOUREDDINE</b>										
086332883	30/08/2021	CG	ETABLISSEMENT PRIVE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086332883	30/08/2021	PH	PHARMACIE	3 522,00	1 758,00	1,00	1,00	1 758,00	81	1 423,98
086332883	30/08/2021	B	BIOLOGIE	276,00	1,10	230,00	1,00	253,00	81	204,93
<b>Total remboursé pour NOUREDDINE</b>										<b>1 628,91</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 628,91</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

14/09/21

ARRAS Nouradoline

587<sup>00</sup> PentaS : Bo (S.V)

2g x 3/j + 8g

- I muvel : Bo

1g x 2/j

35220<sup>00</sup>



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

**PENTASA 500 mg**

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



6 118001 070459

**PENTASA 500 mg**

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



6 118001 070459

**PENTASA 500 mg**

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



6 118001 070459

**PENTASA 500 mg**

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



6 118001 070459

**PENTASA 500 mg**

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



6 118001 070459

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

30/08/21 ABRAS 100 mg retard

- Nf + 160g
- transm 29/08/2021 - 06T



**Identifiant du patient :** H0120034002

**Date de naissance :** 05/12/1957

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 17/09/2021

**Prélevé le :** 17/09/2021 à 09:29

**Édité le :** 17/09/2021 à 12:05

**ARRAS NOUREDDINE**
**Dossier N° :** 21093671

**Docteur** EL IDRISI LAMGHARI

**Service :** SALLE DE PRÉLEVEMENT


## HEMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.69	10 <sup>12</sup> /l	4.28 - 6	4.36 10 <sup>12</sup> /l (14/08/2021)
Hémoglobine	:	14.0	g/dl	13.0 - 18.0	13.0 g/dl (14/08/2021)
Hématocrite	:	43.0	%	39 - 53	38.8 % (14/08/2021)
VGM	:	91.7	fl	78 - 98	89.0 fl (14/08/2021)
CCMH	:	32.6	g/dl	31.0 - 36.5	33.5 g/dl (14/08/2021)
TCMH	:	29.9	pg	26 - 34	29.8 pg (14/08/2021)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	8.59	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4 - 11	9.41 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (14/08/2021)
P. Neutrophiles	:	52.4	%	4.50 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7	59.1 % (14/08/2021)
P. Eosinophiles	:	4.7	%	0.40 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.63	3.0 % (14/08/2021)
P. Basophiles	:	1.2	%	0.10 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11	0.5 % (14/08/2021)
Lymphocytes	:	37.0	%	3.18 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8	25.1 % (14/08/2021)
Monocytes	:	4.7	%	0.40 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.18 - 1.00	12.3 % (14/08/2021)

Le 17/09/2021 à 12:05

Signature

Dr. Mourna Ilham

Dr. Ilham MOUMNA

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

 Laboratoire National de Référence  
 Tél : 05.29.05.02.33  
 Dr. RAZIK Nadia  
 Dr. Nadia RAZIK  
 Pharmacien Biologiste  
 Laboratoire National de Référence

**Identifiant du patient :** H0120034002

**Date de naissance :** 05/12/1957

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 17/09/2021

**Prélevé le :** 17/09/2021 à 09:29

**Édité le :** 17/09/2021 à 12:05

**ARRAS NOUREDDINE**
**Dossier N° :** 21093671

**Docteur** EL IDRISI LAMGHARI

**Service :** SALLE DE PRÉLEVEMENT


## PLAQUETTES

Plaquettes	:	369	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400	$261 10^3/\text{mm}^3$ (14/08/2021)
------------	---	-----	--------------------	-----------	--

## BIOCHIMIE SANGUINE

### BILAN HÉPATIQUE

TRANSAMINASES ASAT(SGOT) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, IFCC, Roche)	:	18.9	UI/L	< 50	21.8 UI/L (16/08/2021)
TRANSAMINASES ALAT(SGPT) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, IFCC, Roche)	:	17.3	UI/L	< 50	28.7 UI/L (16/08/2021)
GAMMA GT (Sang, spectrophotométrie d'absorption, colorimétrique enzymatique, Roche)	:	49	UI/L	< 60	133 UI/L (16/08/2021)

 Le 17/09/2021 à 12:05  
 Signature

Dr. Moumna Ilham

Dr. Ilham MOUMNA

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

 Laboratoire National de Référence  
 Dr. RAZIK Nadia : 05.29.05.02.33  
 Dr. Nadia RAZIK  
 Pharmacien Biologiste  
 Laboratoire National de Référence

## FACTURE

N° 110 722 / 2021 du 17/09/2021

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Entrée 17/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0230	276,00 Sous-Total	276,00 276,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>276,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT SOIXANTE-SEIZE DIRHAMS

**Total 276,00**

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			276,00		276,00	0,00

1. Laboratoire régional de Rabat  
 Ret 05.29.05.02.33  
 E-mail : labo@ckm-hck.ma