

## 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.

### 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-683328



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2011	Société : 108146		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NICK MOUCHÉ Joudis			
Date de naissance : 15 Janvier			
Adresse : 06 67 01 60 30			
Tél. 06 67 01 60 30 Total des frais engagés : 4 662 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 16/03/2022		
Nom et prénom du malade : MUPRAS Nour Elouie Age : 20		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : 16/03/2022		
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 : 16/03/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : 

### Instructions à suivre

Établir 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 nédicaments 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 aux 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 NSS est subordonnée au respect des conditions élémentaires et de ce qui précède.

### علیمات یحب ائماعہ

قد يزيد نسبة العلاجات بالنسبة لـ  $\lambda_1$ ،  $\lambda_2$ ،  $\lambda_3$ ،  $\lambda_4$ ، حديث.

جب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية وصفات طيبة، فواتير ،...).

على كل ورقة علاج

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرغم من الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمائن الاجتماعي في طرف شهرین من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرین (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
للمراجعة.

لاغلاق 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمعايير القانونية.

توقيع و طابع الوكالة

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
**Réservé à la DAMO**

**Identification de l'agent :** \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : 11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31

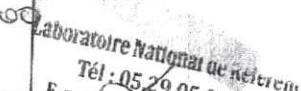
<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</h3> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *
				مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
<p>N° Dossier :</p> <p><b>Partie réservée à l'assuré(e)</b></p> <p>Nom et prénom : <b>ARRAS Nourredine</b></p> <p>N° Immatriculation : <b>1173538112</b></p> <p>N° CIN : <b>17353212</b></p> <p>關係 القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نها) : <b>ابن</b></p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> ابن</p> <p>Adresse : <b>RES FATH ZAHIR II ANG. OTAKAR EL KHAYAT Rue des Roses. Bouskoura HAY ERRAA 24817</b></p> <p>العنوان :</p> <p>Montant des frais : <b>66.555.7 Dhs.</b></p> <p>مبلغ المصارييف :</p> <p>Nombre de pièces jointes : <b>13</b></p> <p> عدد الوثائق المرفقة :</p> <p><b>Déclaration du Médecin traitant</b></p> <p><b>Bénéficiaire de soins</b></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>N° CIN :</p> <p>Sexe * : <b>M</b> ذكر <b>F</b> أنثى</p> <p>INPE et code à barres **</p> <p>Médecin traitant <b>1010106960</b></p> <p>طبيب المعالج</p> <p>Etablissement de soins <b>1010106960</b></p> <p>المؤسسة العلاجية</p> <p><b>Type de soins</b></p> <p>Admission ALD * : <b>Oui</b> <b>Non</b></p> <p>N° dossier ALD : <b>1010106960</b></p> <p>Code ALD : <b>Maladie*</b> <input type="checkbox"/> <b>مرض</b></p> <p>Hospitalisation* <b>استشفاء*</b></p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشهُد بسمة كل ما ذكر أعلاه.</p> <p>Fait à : <b>Le : 10-10-2018</b></p> <p>توقيع المؤمن له <b>Signature de l'assuré (e)</b></p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et exactes.</p> <p>Fait à : <b>Le : 10-10-2018</b></p> <p>توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية <b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</b></p>				

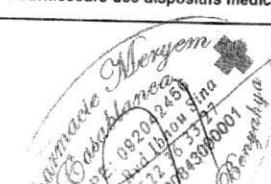
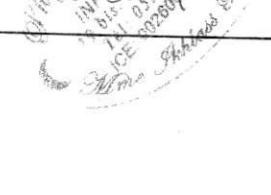
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

Accord et envoi portant à l'INPE (Institut National des Professions de Santé et des Enfances Soignantes), adresse :  
- مساحة ملبار - الدار البيضاء - العن. بـ. 2186 - شارع البوهجه المحيطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

CIM-10					
<b>Actes Paramédicaux</b> <div style="float: right; text-align: right;"> <b>الطبين المساعدين المساعدين</b>  <b>توقيع و طابع المساعد الطبي</b>  <b>Signature et Cachet du Paramédical</b> </div>					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغطى Montant facturé	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

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 المفoter Montant facturé	توقيع و طبع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
10/02/22	130700		840,00	 Laboratoire National de Radiologie Tél : 05 29.05.02.33 E-mail : <a href="mailto:labo@fckm-hck.ma">labo@fckm-hck.ma</a>	
INPE et code à Barres 1307001611862					
INPE et code à Barres 1307001611862					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفترض Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
10.2.22	352200	
INPE et code à Barres 092042456		
INPE et code à Barres 092042456		

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

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 220313378942458

Emis à Casablanca le : 00/00/00

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 173353212  
Règlement du mois : 03/2022  
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	العليلات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
086355290	10/02/2022	CS	ETABLISSEMENT PRIVE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81	121,50
086355290	10/02/2022	PH	PHARMACIE	3 522,00	1 758,00	1,00	1,00	1 758,00	81	1 423,98
086355290	10/02/2022	B	BIOLOGIE	840,00	1,10	700,00	1,00	770,00	81	623,70
<b>Total remboursé pour NOUREDDINE</b>										
<b>Total général remboursé</b>										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 10/08/2009

Mr Arrais Nareddine

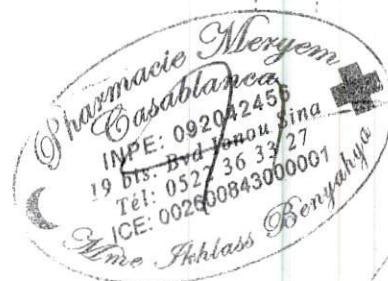
587,00 x 6

Pentasa 500

2cp x 31 j pot 3 mois



35220



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



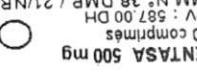
6 118001 070459

PENTASA 500 mg  
100 comprimés  
PPV : 587.00 DH  
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1,27182 Bouskoura



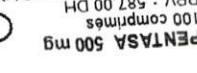
6 118001 070459

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

*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0120034002

Date de naissance : 05/12/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 11/02/2022

Prélevé le : 11/02/2022 à 09:51

Édité le : 18/02/2022 à 10:12

ARRAS NOUREDDINE

Dossier N° : 22022377

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## IMMUNOLOGIE - ALLERGOLOGIE

### AUTO-IMMUNITE

(Echantillon primaire: Selles)

CALPROTECTINE

: Négatif

Concentration

: <50 µg/g < 50 329 µg/g  
(16/08/2021)

Chez l'adulte, une calprotectine comprise entre 50 et 200µg/g de selles peuvent avoir pour origine une maladie organique telle qu'une inflammation causée par les AINS, une diverticulite non sévère... En présence d'une inflammation de faible intensité il est recommandé de contrôler la mesure et de réaliser des tests complémentaires. Les valeurs supérieures à 200 µg/g (chez l'adulte) indiquent une maladie de type organique avec inflammation du tractus gastro-intestinal.

Le 18/02/2022 à 10:12  
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence  
Dr Anass YAHYAOUI  
Médecin Biologiste

Le 18/02/2022 à 10:12  
Signature  
Pr. YAHYAOUI ANASS  
Laboratoire National de Référence  
Dr Anass YAHYAOUI  
Médecin Biologiste

### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : ٢٠٢٢/٠٦/٢٠٢٢

m<sup>r</sup> Arras Noureddine

1) Calprotectine percale quantitative

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fclm-hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. ELIOUSSALAMOUSI, Directeur  
Gastrolab, Département endoscopie,  
digestive et vascularisée  
10110 Casablanca

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](http://www.hck.ma)

# HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° : 17759 / 2022 du 11/02/2022

Nom patient	ARRAS NOUREDDINE	Entrée	11/02/2022
	PAYANTS	Sortie	11/02/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0700	840,00	840,00
<b>Total Clinique</b>				<b>840,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  HUIT CENT QUARANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>840,00</b>

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fckm-hck.ma

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 2202110931577110 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200461442	ARRAS NOUREDDINE	11/02/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007695	840,00
PAYANT	Total payé	840,00
HUIT CENT QUARANTE DIRH		

Reçu établi par : AMASEM

Laboratoire National de Khalifa  
Tel. 0529.05.02.33  
E-mail : labo@fckm.rak.men

# Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 22021009055010571 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200460890	ARRAS NOUREDDINE	10/02/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005747	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SIMHAW

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 10/02/2022

Numéro : 17 182



090061862

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Médecin : PR. EL IDRISI LAMGHARI ABDENACEUR  
*Hépato-gastro-entéro*

2200460890

### PAYANTS

	Montant
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	300,00

Total 300,00

*Arrêtée la présente à la somme de :*  
TROIS CENTS DIRHAMS