

## 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

- 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

N° W21-683328

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société : 108246

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NEHMUCHI Suendis

Date de naissance : 15/10/1960

Adresse : 45 LA MER

Tél. : 06 67 41 60 30 Total des frais engagés : 4 662,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ARAS Nourahia

Nom et prénom du malade : ARAS Nourahia Age : 52

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 : 10/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## 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 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 المرسلة 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل 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.

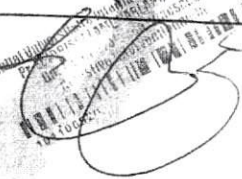
كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

<b>توقيع و طابع الوكالة</b> <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	<b>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Réservé à la DAMO</b>
<b>Identification de l'agent :</b> ..... <b>Date de dépôt du dossier :</b> .....	<b>Date d'arrivée :</b> .....

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS La devoir de vous protéger</p>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>مرجع رقم 610-1-03</b> <b>Ref. : ANOM 12/02/01</b>
<b>N° Dossier :</b>	<b>موافقة مسبقة</b> <b>Entente préalable *</b>	<b>تنفيذ</b> <b>Exécution *</b>
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>		
<b>خاص بالمؤمن له (لها)</b>		
<b>Nom et prénom :</b> ARRAS Nouredine		
<b>N° Immatriculation :</b> 1193353212		
<b>N° CIN :</b> 173553212		
<b>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</b>		
<b>العنوان :</b> RES FATIMAZAHRI Angle CHAR EL KHAYAT Rue des ROSES BOUSSIGOUR HAYERAMA 14812		
<b>Montant des frais :</b> 1466.000 Dhs.		
<b>Nombre de pièces jointes :</b> 13		
<b>Déclaration du Médecin traitant</b>		
<b>Bénéficiaire de soins</b>		
<b>Nom et prénom :</b>		
<b>Date de naissance :</b>		
<b>N° CIN :</b>		
<b>Sexe * :</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
<b>INPE et code à barres **</b>		
<b>Médecin traitant</b>		
<b>Etablissement de soins</b>		
<b>Type de soins</b>		
<b>Admission ALD * :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
<b>N° dossier ALD :</b>		
<b>Code ALD :</b>		
<b>Maladie * <input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation * <input type="checkbox"/></b></b>		
<b>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</b>		
<b>Fait à :</b>		
<b>Le :</b>		
<b>Tوقيع المؤمن له</b> <b>Signature de l'assuré (e)</b>		
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</b>		
<b>Fait à :</b>		
<b>Le :</b>		
<b>Tوقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</b> <b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</b>		

\* Cocher la mention utile pour chaque cas  
 \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professions de santé et des Etablissements de soins) avec le code à barres.  
 080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - الفاكس - 2186 - دار البيضاء - ب. ب. 2186 - دار البيضاء - ب. ب. 2186 - دار البيضاء - ب. ب. 2186  
 080 200 7200 / 080 203 3333 - الفاكس - الهاتف - 2186 - دار البيضاء - ب. ب. 2186 - دار البيضاء - ب. ب. 2186 - دار البيضاء - ب. ب. 2186

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرة	
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		
10-09-22	C S		\$300\$			
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical			
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _								
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _								

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		
1/02/22	B0700		840,00	Laboratoire National de Référence Tél : 05 29.05.02.33 E-mail : labo@ickm-ick.ma		
INPE et code à Barres 105010641862						
INPE et code à Barres 111111111111						

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

RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 220313378942458

Emis à Casablanca le : 11/11/2022

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

ARRAS NOUREDDINE  
RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD  
AMAR EL KHAYAM  
CASABLANCA 2020

N° d'immatriculation : 173353212

Règlement du mois : 03/2022

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو 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										
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
Total remboursé pour NOUREDDINE										2 169,18
Total général remboursé										2 169,18

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 10/02/2009

Mr Arrais Nouredine

587,00 x 6

Pentasa 500

2cp x 3/3 pot 3 mois



3522,00



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

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

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

Edité 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

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05 29 05 02 33  
E-mail : lnr@fckm.ma

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 : 10/09/2022

M<sup>r</sup> Arras Naweddine

1) Calprotectine fécale quantitative

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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr El TORISSA EMCHER EL MOENACHA  
Gast. Gastro-entérologie et hépatologie,  
diagnostic labo-ventr.ambulo  
10110920

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



# HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

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
			Sous-Total	840,00
Total Clinique				840,00

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

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

## 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 : AMA.SEM

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

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2202100905501057 / 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 : SAMHA



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

Date : 10/02/2022

Numéro : 17 182



090061862

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Médecin : PR. EL IDRISSI LAMGHARI ABDENACEUR  
Hépatogastro-entéro

2200460890

PAYANTS

	Montant
- Consultation d'hépatogastro-entérolog	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	