

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Éducation :

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.

### Prothèse :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Étage 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

M22- N° 002991

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2111 Société : 113314

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKMOUHE

Date de naissance :

Adresse : 115 la même

Tél. 06 61 61 60 20 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ARRAS Noureddine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 27 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



**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, 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.

**نعليمات 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 الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسل.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقييم السنوي الوجهي ضرورية. كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 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

0661454998

**ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض**  
**Feuille de Soins Maladie**

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

موافقة مسبقة  
Entente préalable

تنفيذ  
Exécution

مرجع رقم: 610-02  
Ref. : 610-02

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **ARRAS Nouredine**

رقم التسجيل : **1733532112**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B1382161**

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

العنوان : **R.S. FATI ZAHRA EL ANGEL ONAR EL KHAYAM  
Rue des Roses HAY KAHHA Bousjeur ALGER**

مبلغ المصاريف : **1403,20 Dhs.**

عدد الوثائق المرفقة : **13**

**Declaration du Médecin traitant** تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات  
الاسم العائلي والشخصي : **ARRAS Nouredine**

تاريخ الميلاد : .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

الجنس : **M** ذكر **F** أنثى

**Identification du Médecin traitant** تصريح الطبيب المعالج

الرقم الوطني الإستدلالي الممارس : **091047557**

نوع العلاجات : .....

تم تقديم الطرف المغلق : **Oui** **Non**

تاريخ الحمل : .....

تاريخ المرنقب للولادة : .....

تاريخ الإستشفاء : .....

تاريخ الحادث : .....

أسباب الحادث : .....

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أرجو بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... ب :  
Le : ..... في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)

Fait à : ..... ب :  
Le : ..... في :  
توقيع وطابع مدير المصالح الطبية  
Signature et tampon du Directeur des Services Médicaux

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

المرجع رقم: 610-02  
Ref. : 610-02

www.cnss.ma  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 05 22 54 86 73 - Fax : 05 22 54 86 73 Web: www.cnss.ma





	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220415016955224	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
	<b>Informations :</b>		

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										
103322249	04/04/2022	CG	MME MAMOU GHITA	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
103322249	04/04/2022	CS	MME MAMOU GHITA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81	121,50
103322249	04/04/2022	PH	PHARMACIE RIHAB	168,00	126,00	1,00	1,00	126,00	81	102,06
103322249	04/04/2022	B	LABORATOIRE BIR ANZARANE	735,20	1,10	530,00	1,00	583,00	81	472,23
Total remboursé pour NOUREDDINE										695,79
Total général remboursé										695,79

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



**Dr. Ghita MAMOU**

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,  
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre  
Troubles de la croissance et de la puberté  
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



**الدكتورة غيثة مامو**

أخصائية في أمراض الغدد و السكري  
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة  
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 6/4/2022

Nom : ABRAS Nareldine

168,0  
Glucose 1g (1.5) 6 x 28,0

1 par 2/5

Pharmacie EL MELANI  
5, Rue Cadl Bakkar Maâri  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 25 46 85

3mmol

**Dr. Ghita MAMOU**

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie Maladies Métaboliques  
Nutrition  
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19  
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

فضاء الروداني. 230 شارع الروداني (طريق الجديدة سابقا) - الطابق الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 70 71  
Espace Roudani. 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71  
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

Glucophage® 1000mg ○  
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○  
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○  
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○  
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○  
30 Comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg ○  
30 Comprimés pelliculés





## Exploration de la prostate

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 04-04-2022

**Mr. Noureddine ARRAS**

FACTURE N°	2204041010
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
0110	Cholestérol HDL +LDL	B80	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Cholestérol Total	B30	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Examen cyto bactério des urines	B150	B
0134	Triglycérides	B60	B
0223	VS	B30	B

Total de B : 530

TOTAL DOSSIER	735.20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent trente-cinq dirhams vingt centimes

Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane, Casa  
ICE : 001748386000083  
INPE : 093001196





Prescripteur : Dr GHITA MAMOU

Dossier ouvert le : 04-04-2022 10:17

Edité le : 05-04-2022

Réf : 2204041010

Mr. ARRAS Nouredine

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 3

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

#### NUMERATION

			18-01-2022
Leucocytes :	14 690	/mm <sup>3</sup> (4 000-10 000)	12 110
Hématies :	5.13	M/mm <sup>3</sup> (4.00-5.70)	4.78
Hémoglobine :	15.9	g/100ml (12.5-17.2)	14.9
Hématocrite :	47.3	% (39.5-50.5)	44.7
VGM :	92.2	μ <sup>3</sup> (80.0-101.0)	93.5
TCMH :	31.0	pg (27.0-33.0)	31.2
CCMH :	33.6	g/100ml (29.0-36.0)	33.3

#### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	41.3	% (40.0-75.0)	47.7
Soit:	6 067	/mm <sup>3</sup> (2 000-7 500)	5 776
Polynucléaires Eosinophiles :	3.5	% (1.0-4.0)	7.3
Soit:	514	/mm <sup>3</sup> (100-400)	884
Polynucléaires Basophiles :	1.2	% (0.0-1.0)	0.7
Soit:	176	/mm <sup>3</sup> (0-150)	85
Lymphocytes :	47.9	% (20.0-45.0)	36.3
Soit:	7 037	/mm <sup>3</sup> (1 500-4 000)	4 396
Monocytes :	6.1	% (2.0-12.0)	8.0
Soit:	896	/mm <sup>3</sup> (200-800)	969

#### PLAQUETTES

Plaquettes :	325 000	/mm <sup>3</sup> (150 000-400 000)	279 000
VMP:	10.0	fl	9.6

			18-01-2022
VS.1ère heure	12	mm (<15)	15
VS 2ième heure	20	mn	25

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dossier Valide

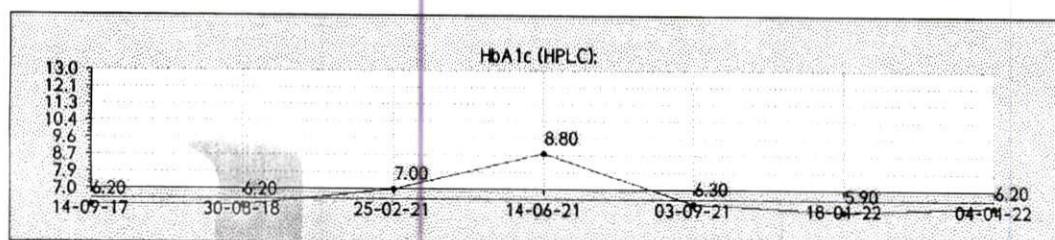
Dr A. Azeddoug  
Médecin Biologiste



**BIOCHIMIE SANGUINE**

Roche Cobas 6000

HbA1c (HPLC):	6.2 %	(4.0-6.5)	18-01-2022
(Arkray)			5.9
soit:	44 mmol/mol	(20-48)	41



<b>Cholestérol total:</b>	1.75 g/l	(<2.00)	06-07-2021
	4.53 mmol/L	(<5.17)	1.24
<b>Cholestérol HDL:</b>	0.67 g/L	(>0.40)	06-07-2021
	1.73 mmol/L	(>1.03)	0.45
<b>Cholestérol LDL:</b>	0.90 g/L	(<1.60)	06-07-2021
	2.33 mmol/L	(<4.14)	0.62
<b>Triglycérides:</b>	0.91 g/L	(0.40-1.50)	06-07-2021
	1.04 mmol/L	(0.46-1.71)	0.83

**PROTEINES SPECIFIQUES**

<b>Protéine C-réactive:</b>	0.8 mg/L	(<5.0)	18-01-2022
			5.7

**BACTERIOLOGIE**

**EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

**EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Aspect : Clair.

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

**Dr A. Azeddoug**  
**Médecin Biologiste**

Dossier Validé par :





**Mr. ARRAS Nouredine**  
**Réf : 2204041010**

Page 3 / 3

**BIOCHIMIE PAR BANDELETTE**

pH: 5.5  
Glucose: Absence.  
Proteines: Absence.  
Corps Cétoniques: Absence.  
Sang: Absence.

18-01-2022  
5.0

**EXAMEN MICROSCOPIQUE**

Leucocytes :	<10 / mm3	(0-10)	71
Hématies :	<5 / mm3	(0-5)	23
Cellules épithéliales :	Absence		
Cylindres :	Absence		
cristaux:	Absence		

**EXAMEN BACTERIOLOGIQUE**

Examen direct : Absence de germes  
Culture : Négative.

Fin du compte rendu

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

**Dr A. Azeddoug**  
*Médecin biologiste*

Dossier Validé par :