

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'Hi
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-009285

161568

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2011 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

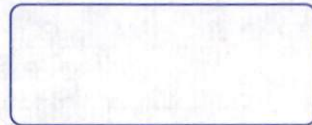
Nom & Prénom : NCKMouché Ouadja

Date de naissance :

Adresse : HS LP même

Tél. : 06 64 41 60 30 Total des frais engagés : 3481,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ARAAS Mouredoline 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 :

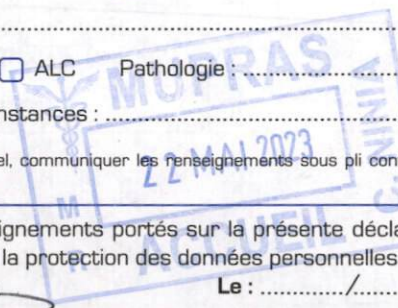
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA Le :

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...).

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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

يجب كتابة الاسم 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة 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.

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>تاريخ الإيداع : </p>	<p>Date d'arrivée : </p>

<p>الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي UNION ALGERI CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>* موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>* تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>	<p>REF: ANAM 12.02.01</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>الاسم العائلي والشخصي : ARRAS Noureddine</p>			
<p>رقم التسجيل : 11713151312112</p>			
<p>N° CIN : 1314381111111111</p>			
<p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) * <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن </p>			
<p>العنوان : RES FATIM ZAHRA ANGEL OMAR ELKHIYAR Rue des ROSES. HAY RATHA BOUSEJOUR USA</p>			
<p>مبلغ المصاريف : 3481,80 Dhs.</p>			
<p>عدد الوثائق المرفقة : 11</p>			
<p>Montant des frais :</p>			
<p>Nombre de pièces jointes :</p>			
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>			
<p>Bénéficiaire de soins</p>			
<p>الاسم العائلي والشخصي :</p>			
<p>تاريخ الميلاد : </p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : </p>			
<p>N° CIN : </p>			
<p>Sexe * : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> أنثى</p>			
<p>INPE et code à barres **</p>			
<p>الرقم الوطني للإستدانة و الرقم المشفر **</p>			
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>			
<p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
<p>N° dossier ALD : </p>			
<p>Code ALD : </p>			
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : </p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à :</p> <p>Le : </p>	
<p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

* Cocher la mention utile pour chaque case
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professions de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres.
 دار المؤمن - مساحة بلفار - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

000173353234

	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l' Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 03/05/2023	أصدر ب : بتاريخ :	الصفحة 1 / 1 Page
N° d'immatriculation 173353212 Règlements de la période du : 03/05/2023 : من au : 03/05/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire ARRAS NOUREDDINE المرسل إليه	

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
117589258	11/04/2023	CS	GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	81,00	03/05/2023	121,50
117589258	11/04/2023	T205	GASTRO-ENTEROLOGIE	180,00	160,00	16.00	1,00	160,00	81,00	03/05/2023	129,60
117589258	11/04/2023	B	LABORATOIRES D	2664,80	2167,00	1970.00	1,00	2167,00	81,00	03/05/2023	1755,27
117589258	11/04/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES	337,00	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	03/05/2023	272,97
			Total remboursé	مجموع مبلغ التعويض							2279,34
			Total général remboursé	مبلغ التعويض الإجمالي							2279,34

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
 merci de visiter notre site Web
 ou le portail des assurés
 ou l'application mobile
 ou appeler notre serveur vocal au numéro
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
 www.cnss.ma/Portail/
 « Ma CNSS »
 080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داکار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 - فاكس: 0522 54 86 73
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

11/04/23

ARRAS Non redline

337.00

Pentasa: Saffo

(S.V)

1 Saff / 1 x 15g

337.00



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

11/04/23

ARRAS pour maladie

- Quantiferon gold.
(Inferumbe)

- Ag HBs

- HCV

- HIV

- ECBU

Hôpital universitaire International Cheikh Khalifa
Dr EL IDRISSI LAMCHANI ABDELMAGEUR
Gastro-entérologie endoscopie digestive interventionnelle
101108920

CASABLANCA, le 12/04/2023

PATIENT : ARRAS NOUREDDINE

IPP : H0120034002

DATE NAISSANCE : 05/12/1957

NUMERO DOSSIER : 2300669267

RX THORAX F

Résultats :

Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : **Pr Ass BERRADA**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Ass BERRADA
Professeur Assistant
Pneumologie
031188136



Prescripteur : Dr A EL IDRISSI LAMGHARI

Dossier ouvert le : 12-04-2023 10:18

Edité le : 18-04-2023

Réf : 2304121012

Mr. ARRAS Nouredine

Compte Rendu d'Analyse

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

Page 1 / 2

IMMUNOLOGIE

Dosage de l'IFN Gamma pour le diagnostic des infections tuberculeuses.

Quantiferon-TB Gold plus: 8.26 UI/mL
(ELISA (seuil:0.35))

Infection par M.tuberculosis vraisemblable.A confronter
au contexte clinique..

Ce test

- Aide au diagnostic des formes extrapulmonaires atypiques de tuberculose.
- Doit être fait avant une biothérapie par anti-TNF alpha.
- Ne permet pas de savoir si l'infection est récente ou ancienne.

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Sérologie de l'hépatite B

Antigène HBs: Négatif.
(cobas 6000)

Index Cobas: 0.43 (<1.00)
(seuil:1)

SEROLOGIE VIRALE

HIV(dépistage): Négatif.
(Cobas 6000 roche)

Index: 0.14 (<1.00)

Ce test est basé sur la détection combinée de l'antigène P24 de VIH I et des Ig G anti VIH I et VIH II.

Sérologie de l'hépatite C

Ac anti-HCV (IgG): Négatif.
(COBAS 6000)

Index (cobas Roche): 0.03 (<1.00)

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane - Casablanca
Tél: 0522 99 46 63 / 0522 25 82 05 / 06 61 80 77 96
Fax: 0522 98 09 11
Site Web: labobiranzarane.com

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

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

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Légèrement trouble.

BIOCHIMIE PAR BANDELETTE

pH: 5.5
Glucose: Absence.
Protéines: **Présence**
Corps Cétoniques: Absence.
Sang: Absence.

25-03-2023
6.0

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes :	634 / mm ³	(0-10)	2 937
Hématies :	<5 / mm ³	(0-5)	13
Cellules épithéliales :	Absence		
Cylindres :	Absence		
cristaux:	Absence		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct : Absence de germes
Culture : Négative.

Fin du compte rendu

Laboratoire d'Analyse
B. Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 001746386000000
Fax : 001746386000000

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 52 455 / 2023 du 12/04/2023

Nom patient : **ARRAS NOUREDDINE**

Entrée 12/04/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 180,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			180,00		180,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 20/04/2023

Numéro : 55 944



090061862

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE

Médecin : PR. EL IDRISSE LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépatogastro-entéro

2300672803

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00

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

20/04/2023 09:44:77
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

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 : 12-04-2023

Mr. Noureddine ARRAS

FACTURE N°	2304121012
------------	------------

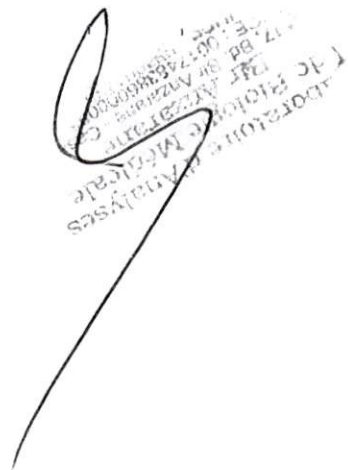
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0317	Hépatite B: AgHbs	B120	B
0324	Hépatite C : Dépistage	B300	B
0329	HIV 1 + HIV (1 +2) Dépistage	B200	B
	Examen cytobactério des urines	B150	B
	QUANTIFERON	B1200	B

Total de B : 1970

TOTAL DOSSIER	2664.80 DH
---------------	------------

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille six cent soixante-quatre dirhams quatre-vingts centimes

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be a stylized 'S' or 'N'. Overlaid on the signature is a circular stamp. The text within the stamp is partially legible and includes 'Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane' and 'Casablanca'. The stamp also contains some numbers, possibly a date or reference number, but they are difficult to read due to the angle and overlap.