

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2011 Société : 189919

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NEKMOUCHE Ourdiq Ep ARRAS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 67 41 60 30 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 : ARRAS Le : 08/01/2024

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



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

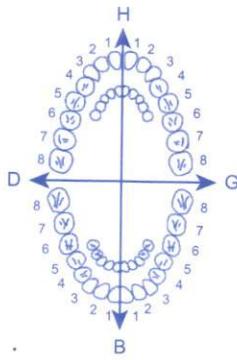
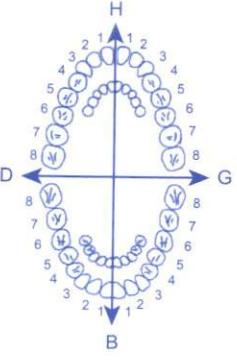
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



**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 : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA
Le : 22/12/2023

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 173353212 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 22/12/2023 من
au : 22/12/2023 إلى

Destinataire

ARRAS NOUREDDINE

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

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

رقم الملف	نوع العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	بنية المصروف	التعريفة 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											
145093451	14/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES ENDOCRINOLOGIE ET METABOLIQUES	86,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	22/12/2023	70,15
145093451	14/12/2023	CG	MALADIES ENDOCRINOLOGIE ET METABOLIQUES	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	22/12/2023	0,00
145093451	14/12/2023	CS	MALADIES ENDOCRINOLOGIE ET METABOLIQUES	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	22/12/2023	121,50
145093451	14/12/2023	B	LABORATOIRES D METABOLIQUES ANALYSES OPHTHALMOLOGIE	494,00	385,00	350,00	1,00	385,00	81,00	22/12/2023	311,85
145093453	13/12/2023	D234	ANALYSES OPHTHALMOLOGIE	200,00	247,50	11,00	1,00	247,50	81,00	22/12/2023	162,00
145093453	13/12/2023	CS	OPHTHALMOLOGIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	22/12/2023	121,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الإجمالي					
787,00											

ما عدا خطأ أو نسيان

Sauf erreur ou omission

pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
000 20 20 200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

2010-05-05 10:00

الطب والجراحة والتمريض والعلوم المترتبة على كل من هذه العلوم

جَنْدِيَةٌ مُكْبَرٌ وَمُنْتَهٰى

Casablanca, le : 15/12/23

Nom: M' ARRAS Norval

4330 a 2

Ado Ag.

1 (px 2)

N.S.

86,60.

~~Att~~ 3m

العنوان : 230 شارع الرواد ، طريق الجديدة سارغا ، - اسفلت الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - المغرب
space Roudani, 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - zème étage - N° 19 - Casablanca - Tel: +212 33 70 71 23 09
GSM : 0678 93 68 98 - E-mail : mhamzaughtita@gmail.com

ADO® 1g.
Boîte de 90 comprimés pelliculés

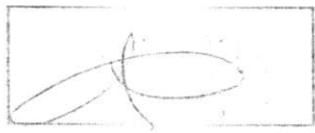


6 118000 092469



6 118000 092469

ADO® 1g.
Boîte de 90 comprimés pelliculés



BILAN BIOLOGIQUE

Le : 16/12/2013

Nom/Prénom : ALIAS

Age : 11 ans

Sexe : HOMME

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture + Antibiogramme

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Bilan glycémique

- Glycémie à jeun GPP
- HGPO 75 g
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Mg⁺⁺
- Bicarbonates [HCO₃⁻]
- Urée
- Crétalinine
- Acide urique

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU + Antibiogramme
- Microalbuminurie des 24h
- Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases Alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Groupage sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

Bilan thyroïdien

- T3L
- T4L
- TSH
- Ac Anti - TPO
- Ac Anti - TG
- TRAK

Ionogramme urinaire

- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Urées
- Crétalinine

Exploration de la prostate

- PSA



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
Palente : 35870583
IF : 01006693
CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie
RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 14-12-2023

Mr. Noureddine ARRAS

FACTURE N°	2312141015
------------	------------

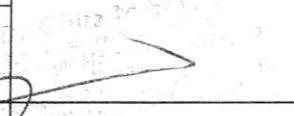
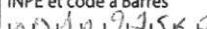
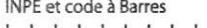
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Cléfix
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PS	Prélèvement sang	B25	B
0105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	F
0163	TSH	B250	B

Total de B : 350

TOTAL DOSSIER	494.00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quatre-vingt-quatorze dirhams

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
14/12/13	Bilan		G 3000H		
15/12/13	CS				
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الالحاء، الأشعة والتصوير
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
14/12/21	23	B:	350 + VAT	450	M
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15.12.23	8660	<p>Pharmacie Meryem Casablanca INPE: 092047456 19 bis. Bvd Ibnou Sina Tél: 0522 36 33 21 SIREN: 00260084300001 Apliak Benyamin</p>
Barcode area		
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

la feuille de soins

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 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.

توقيع وطباعي الوكيل	Réception et signature de l'Agence
---------------------	------------------------------------

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

Il faut écrire le nom et le prénom de la personne soignée sur la feuille de soins.

 Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	فورة الخلاجات المستدامة والأمراض المزمنة CNSS Le devoir de vous protéger
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة Entente préalable	<input type="checkbox"/> كتابة Signature
<input type="checkbox"/> إثبات Certification	CNSS Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-03 درج رقم

خاص بالمستفيد والمؤمن له (لها) الاسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل :	
Nom et prénom : <u>ABRAHAMS</u> N° Immatriculation : <u>117131312412</u> N° CIN : <u>13113182116</u> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : <u>RBS FATHI ZAFIR AL ANGEL OFFICE ET KHYAT REWS</u> <u>AL RUSAH HAY RAYAH BOUDI TERRAIN 100</u>	
Montant des frais : <u>356,65</u> درهم Dhs.	
Nombre de pièces jointes : <u>1</u>	
Déclaration du médecin traitant :	
Bénéficiaire de soins :	
Nom et prénom : <u>ABRAHAM NOUREDDINE</u> Date de naissance : <u>1951/01/15</u>	
N° CIN : <u>13113182116</u>	
Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F	
INPE et code à Barres** <u>1551247564</u>	
Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج المؤسسة العلاجية	
نوع العلاجات	
طراز المرض المزمن * رقم بطاقة المرض المزمن :	
N° dossier ALD : <u>13113182116</u> <input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا Code ALD : <u>Maladie</u> <input type="checkbox"/> مرض <input checked="" type="checkbox"/> مرض مزمن	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés ci-dessus	
Je déclare les informations ci-dessus exactes et vérifiables.	
Fait à : <u>الدار البيضاء</u> <input type="checkbox"/> باليد <input checked="" type="checkbox"/> بخط	
Date : <u>14/01/2014</u> <input type="checkbox"/> ابريل <input checked="" type="checkbox"/> يناير	
Signature : <u>Abraham Nouredine</u> <input type="checkbox"/> أنا أشهد على صحة المعلومات المكتوبة أدناه	

* Code de couleur : Couleur bleue : maladie permanente
 Couleur verte : maladie temporaire
 Couleur rouge : maladie temporaire mais avec risque de récidive
 Couleur jaune : maladie temporaire mais avec risque de récidive et de transmission
 Couleur violette : maladie temporaire mais avec risque de récidive et de transmission et de mortalité
 Couleur orange : maladie temporaire mais avec risque de récidive et de transmission et de mortalité et de handicaps permanents
 Couleur rose : maladie temporaire mais avec risque de récidive et de transmission et de mortalité et de handicaps permanents et de handicaps temporaires