

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.

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

M23- N° 0044000

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2111 Société : 189919
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NEKMOUCHE Ouardia Ep ARRAS
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. 06 64 41 60 30 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ARRAS Nouvel diane 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 : 08/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

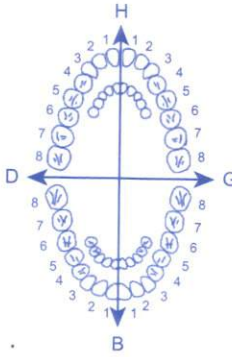
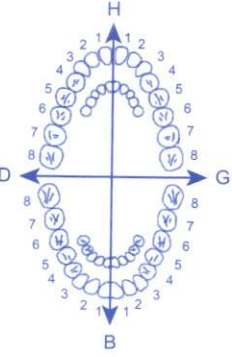
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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									
	<table border="1"> <tr><td>H</td></tr> <tr><td>25533412 21433552</td></tr> <tr><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>D 00000000 G 00000000</td></tr> <tr><td>35533411 11433553</td></tr> <tr><td>B</td></tr> </table>		H	25533412 21433552	00000000 00000000	D 00000000 G 00000000	35533411 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H									
	25533412 21433552									
	00000000 00000000									
	D 00000000 G 00000000									
	35533411 11433553									
	B									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : أصدر ب :
Le : 22/12/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

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

المرسل إليه Destinataire
ARRAS NOUREDDINE

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	التعريف 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
145093451	14/12/2023	PH	PHARMACIES D	86,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	22/12/2023	70,15
145093451	14/12/2023	CG	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET	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	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	22/12/2023	121,50
145093451	14/12/2023	B	MALADIES LABORATOIRES D	494,00	385,00	350,00	1,00	385,00	81,00	22/12/2023	311,85
145093453	13/12/2023	D234	METABOLIQUES ANALYSES	200,00	247,50	11,00	1,00	247,50	81,00	22/12/2023	162,00
145093453	13/12/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	81,00	22/12/2023	121,50
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											787,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											787,00

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

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »

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

Labo. d'Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition
Pathologies de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénales et hyperparathyroïdisme



الجمعية المغربية لأمراض الغدد الصماء والسكري
الجمعية المغربية لطب الغدد الصماء
الجمعية المغربية لأمراض الغدد الصماء والسكري
الجمعية المغربية لطب الغدد الصماء والسكري

Casablanca, le: 15/12/23

Nom: M^r ARRAS Mohamed

43,30 g 2

ADO 1g.



1 p x 2 f

86,60



11 2mm

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition
Labo. d'Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition
Pathologies de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénales et hyperparathyroïdisme

05 22 23 70 71 - الهاتف - الفاكس - 19 - الدار البيضاء - الطابق الرابع - شارع الرواداني 230
Espace Roudani, 230 Bd Roudani (ex Route d'El Joudi) - 4^{ème} étage - N° 19 - Casablanca - Tél. 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

ADO® 1g.
Boîte de 90 comprimés pelliculés



6 118000 092469



ADO® 1g.
Boîte de 90 comprimés pelliculés



BILAN BIOLOGIQUE

Le : 14/11/2013

Nom/Prénom : ALLEN Age : Sexe : H ☒ F ☐

Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture + Antibiotogramme

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
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU + Antibiotogramme
- ☐ 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

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
- ☐ Hépatite B
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbc
 - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
 - ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ Facteur Rhumatoïde (latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du complément
- ☐ Sérologie HIV

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⁻
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

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

Patente : 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	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PS	Prélèvement sang	B25	B
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	F
0163	TSH	B250	B

Total de B : 350

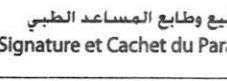
TOTAL DOSSIER	494.00 DH
---------------	-----------

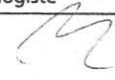
Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quatre-vingt-quatorze dirhams

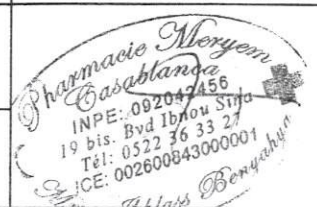



Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
14/12/23 15/12/23	B12 CS		G 3000H		
INPE et code à Barres 10210124567					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

CIM - 10

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						
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						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء. الأشعة والصور	
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	
14/12/23	B1	350+00T	494.000H		
INPE et code à Barres 10210124567					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن 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	
		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

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

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 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.

ملحوظات هامة للمراجعين

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وتلك حسب:

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 والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 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 تمريض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية المرجعية.

تعرّض بعض الخدمات بظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتمريض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعالَب طبقا للمساءلة القانونية.

حق التمريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن بالامتثال للشرط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة	محضر طبي للتأمين الصحي الإجباري
Adhésif et signature de l'Agence	Reservé à la CNSS
Date: / /	
Lieu: / /	

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات والأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة Engage préalable</p> <p>كتابة Enregistrement</p>	<p>الضمان الاجتماعي Direction de l'Assurance Sociale Obligatoire</p> <p>مراجع رقم: 610-1-03 Réf. - 610-1-03</p>
N° Dossier:		
Partie réservée à l'assuré(e) (خاص بالمؤمن له (لها))		
Nom et prénom: <u>ARRAS</u> الاسم العائلي والشخصي:		
N° Immatriculation: <u>11113333332112</u> رقم التسجيل:		
N° CIN: <u>11113333332112</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية:		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) (علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها))		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse: <u>BOIS FANTIN ZAHRERANGA VILLAGE EL KHAYAT ROUS</u> العنوان: <u>BOIS FANTIN ZAHRERANGA VILLAGE EL KHAYAT ROUS</u>		
Montant des frais: <u>3660</u> Dhs. مبلغ المصاريف:		
Nombre de pièces jointes: <u>7</u> عدد الوثائق المرفقة:		
Déclaration du médecin traitant (تصريح الطبيب المعالج)		
Bénéficiaire de soins: (المستفيد من العلاجات)		
Nom et prénom: <u>ARRAS S. NOUREDDINE</u> الاسم العائلي والشخصي:		
Date de naissance: <u>15/11/1951</u> تاريخ الميلاد:		
N° CIN: <u>11113333332112</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية:		
Sexe: <u>M</u> ذكر <u>F</u> أنثى		
INPE et code à Barres (الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر)		
Médecin traitant (الطبيب المعالج)		Etablissement de soins (المؤسسة العلاجية)
Type de soins (نوع العلاجات)		
Admission ALD: <u>oui</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
N° dossier ALD: <u>11113333332112</u>		
Code ALD: <u>11113333332112</u>		
Maladie: <input type="checkbox"/> مزمنة <input type="checkbox"/> حادة		
Hospitalisation: <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> غير استشفاء		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus (أشهد بصحة كل ما ذكرته أعلاه)		
J'ai déclaré les informations ci-dessus sincères et exactes (أشهر بصحة المعلومات المذكورة أعلاه)		
Fait à: <u>11113333332112</u> Date: <u>11113333332112</u>		
Lieu: <u>11113333332112</u>		
Signature du Médecin traitant (توقيع الطبيب المعالج)		