

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047574

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4677 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR, Mohamed

Date de naissance : 11.05.1949

Adresse : 7 Rue FRANKLIN D. ROUSSEAU

CASA BLANCA

Tél. : 0671 509299 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : OUNETAR AICHA Age :

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 : CASABLANCA Le : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



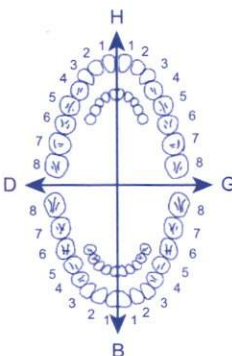
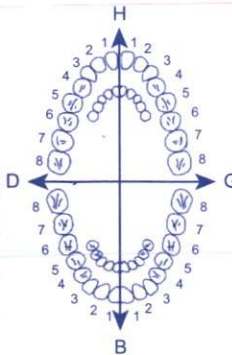
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT 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 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	B			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M<sup>r</sup> DR NEJJAR Aicha

Casablanca, le : 30/01/23.

13 kg  
6,80 x 3  
36 x 133  
496 x 33  
113,40 x 2  
180,60  
x 6 + 13 = 13

LEVOTHYrox 50  
25  
cost 1000  
D cure forte  
Fenofib 160  
Rias de dnc 300

14  
+ 1/24  
1 matin  
1 dose tous les 2 mois  
(mois 2 - 4 - 6)  
1 le soir, tous 2 jours  
1 midi

low 6 mois

2 (73) Diflucen 50 1 gélule par semaine

145 kg  
x 2  
HARMACIE SOUKTANI CASABLANCA  
24 04 85  
11, Rue et Moutanabi - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 61 10

HARMACIE SOUKTANI  
CASABLANCA SARL AU  
11, Rue et Moutanabi - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 61 10  
Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGIE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr



6 118001 102013

6 118001 102013

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 02/25  
LOT: 2021588

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

BOTTU SA  
PPV: 36 DH 00  
PER: 05/25  
LOT: 2050456

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H01  
EXP: 08/2025

FENOSUP LIDOSE 160 mg  
Boîte de 30 gélules  
PPV : 113,40 DH  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS


PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

**DIFLUCAN®**  
50 mg FLUCONAZOLE  
P.P.V.:  
UT. AV.: 05 25 148 40  
LOT N°: F 5 2 0 3

**DIFLUCAN®**  
50 mg FLUCONAZOLE  
P.P.V.:  
UT. AV.: 04 25 148 40  
LOT N°: F 5 2 0 3

N° Immatriculation 111763134	Nom et prénom OUNEJJAR AICHA	Date de naissance 12/12/1960	CNI/Passeport/Séjour B445506
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

## Assurance maladie obligatoire

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire	Détail
112381321	Dossier de remboursement	06/02/2023	ZIRAQUI	12/12/2022	3654,8	OUNEJJAR AICHA	


« < 2023 > »

### DÉTAIL AMO



Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
112381321	1186.5	Dossier archivé	20/02/2023		Virement assuré



 <p>الضمان الاجتماعي +elXO8+ +elaC8+ <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p><b>Feuille de Soins Maladie</b></p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Reg. AM - 12.01.01</p>
	<p>* موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له ( لها )

الاسم العائلي والشخصي : **CHNESTAR Aicha**

رقم التسجيل : **111117161311311**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B 445506**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) \*

Conjoint ☒ زوج

Enfant ☐ ابن

العنوان : **7, Rue Franklin**

مبلغ المصاريف : **3654,80** Dhs

عدد الوثائق المرفقة : **4**

Declaracion du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **CHNESTAR Aicha**

تاريخ الازدياد : **11/12/1961**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B11111111111111**

الجنس : \* **أنثى** ☒ F ☐ M ذكر

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر \*\*

INPE et code à barres \*\* **INPE: 091039412**

الطبيب المعالج **Dr. CAROU - BEGUELLI Joëlle**

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات \*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☒ مرض

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus  
J'atteste l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. sincères et véritables.

ب : **Casablanca** Fait à : **11/12/2012**

في : **11/12/2012** Le : **11/12/2012**

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

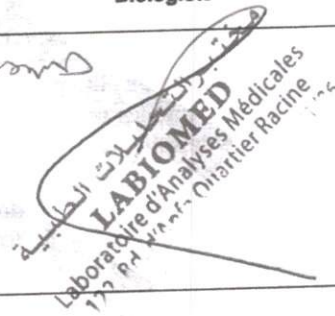
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

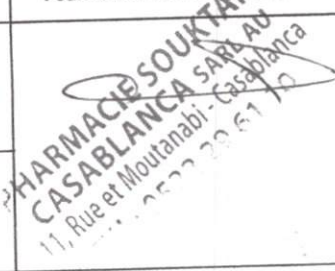
\* - Cocher la mention utile pour chaque case  
\* - Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحطة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

وصف العمليات المجرة					Description des actes effectués	
توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant		المبلغ المفوتر Montant facturé		معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP		
رمز العمليات Code des actes		تاريخ العمليات Date des actes				
Dr. CANOU - BELQADI Joëlle ENDOCRINOLOGUE 114, rue de la Liberté Maarif - CASABLANCA		8		-		
Dr. CANOU - BELQADI Joëlle ENDOCRINOLOGUE 114, rue de la Liberté Maarif - CASABLANCA		25000		P1		

[illegible]

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
12/2/22		3690 + PMS	1000	
INPE et code à Barres INPE: 093002061				
INPE et code à Barres INPE: 093002061				

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
30/01/23	2404,86	
INPE et code à Barres INPE: 02054717		
INPE et code à Barres INPE: 02054717		

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



# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067

Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca

122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

**Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie**

Casablanca le 12 décembre 2022

Mme OUNEJJAR AICHA

FACTURE N°	44928
------------	-------

Analyses :			
Triglycérides -----	B	60	
Calcium Plasmatique -----	B	30	
Vitamine D2-D3 (25 OH D) -----	B	400	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	200	Total : B 690

Prélèvements :			
Sang-----	Pc	15	

TOTAL DOSSIER		1 000,00 DH
---------------	--	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Dirhams

مختبر التحاليل الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine  
Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86

