

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 9766 Société : R.A.M 160 838

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 78 20 70 57

Total des frais engagés : 2417,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 16 MAI 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21 10 1 2023

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
				INP :

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	G		00000000	11433553	B		35533411	
H		25533412	21433552																	
D		00000000	00000000																	
G		00000000	11433553																	
B		35533411																		
		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"/>																		

0621512858

 CNSS Le droit de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 Réf. ANAM : 1.2.0.41
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **HABILLE SAID** : الاسم العائلي والشخصي :N° Immatriculation : **1341566234** : رقم التسجيل :N° CIN : **BD-567860** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له(ها)

Conjoint زوجEnfant ابنAdresse : **273, BD MLY YOUSSEF CASABLANCA** : العنوان :Montant des frais : **2417,10** درهم : مبلغ المصارييف :Nombre de pièces jointes : **08** : عدد الوثائق المرفقة :**Déclaration du médecin traitant****تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins :

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **HABILLE SAID** : الاسم العائلي والشخصي :Date de naissance : **01/05/1960** : تاريخ الازدياد :N° CIN : **BD-567860** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :Sexe : **M** ذكر : **F** انثى : الجنس :INPE et code à Barres** : **091032706** : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق**

Médecin traitant

Etablissement de soins

الطبيب المعالج

المؤسسة العلاجية

Type de soins***نوع العلاجات**

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	أشهد بمحضه كل ما ذكر أعلاه أصح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Fait à : Le : 08 MARS 2023	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
ب : في :	Fait à : Le : 08 MARS 2023
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية	
<u>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</u>	
Dr. Maria BENTAHAR Pneumochirurgue 117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, Casablanca	

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accroître l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

080 203 3333 - 2186 الدار البيضاء - ساحة داكار - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - الهاتف :

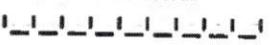
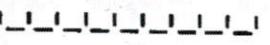
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

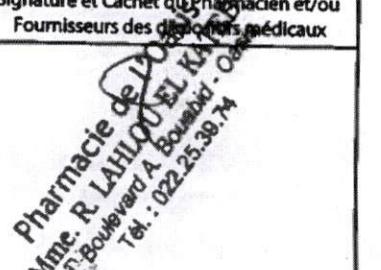
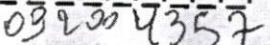
وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
08 MARS 2023	C2		300,00 Ht Rx Throat	Dr. Marie Pneumophtisic 117, Angle Avenue Massé Rue de Roma Casablanca U5 22 55 12 25	
INPE et code à Barres	212		200 M		
INPE et code à Barres	FOUD Latifa		6		
INPE et code à Barres	TINPE: 051096628				

CIM - 10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicaux
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحيائية، الأشعة والصور
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	
٢٠١٣٢٩٤٦			٥٥٠,٠٠		
INPE et code à Barres 					Dr MAHFOUD Latifa INPE: 091096628
INPE et code à Barres 					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
٠٨/٠٣/٢٣	٢٣٠,١٠		
٢١/٠٣/٩٣	١٨٧,٠٠		
INPE et code à Barres 			
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



**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 :

صفحة

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 11/04/2023 : بتاريخ :

Page 1 /1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 134566234 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 11/04/2023 : من
au : 11/04/2023 : إلى

Destinataire

HABILLE SAID

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	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	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
HABILLE SAID											
102455410	08/03/2023	T205	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	83,00	11/04/2023	132,80
102455410	08/03/2023	TDM	RADIOLOGIE	1500,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	83,00	11/04/2023	830,00
102455410	08/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	417,10	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	11/04/2023	38,01
102455410	08/03/2023	CS	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	83,00	11/04/2023	124,50
Total remboursé											
Total général remboursé											
1125,31											

- 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

للزائد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالجipp الالكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



2. QUELLES SONT LES A CONNAITRE AVANT D' OMNIPACQUE 300, 350 mg solution injectable ?

N'utilisez jamais OMNIPACQUE
solution injectable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'iode ou à l'un des autres ingrédients de ce médicament, mentionnés sur la notice.
- si vous avez déjà eu une réaction cutanée retardée après l'utilisation de ce médicament (rubrique 4).
- si vous souffrez d'un excès d'iode (thyrotoxicose).
- pour la réalisation d'une hysterographie (examen de l'utérus et des trompes de Fallope) enceinte.

Avertissements et précautions
Adressez-vous à votre médecin ou à votre infirmier/ère avant d'utiliser OMNIPACQUE.

Faites attention avec OMNIPACQUE

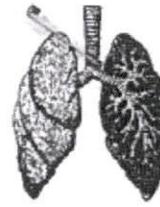
Docteur Maria BERRADA ELDORR

Diplômée de la faculté
de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies Respiratoires,
Asthme, Allergies, Tuberculose
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Endoscopie Bronchique
Pathologie du Sommeil et Ronflement

- Enfants
 rendez-vous



Casablanca, le : 08 MARS 2023 الدار البيضاء، في :



الدكتورة مارية براادة الدر

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
الرئو - الحساسية - داء السل
نفم الوظيفة التنفسية - التنفس القصبي
علم أمراض النوم و الشخير

كبار - أطفال
بالموعد



Mme Hélène Sard

99/2



Riotivex

100 x 34



45.85
Interstir

100 x 34



Prosten

100 x 31



37.68 - Duoscol

100 x 37

Pharmacie de l'Oasis
Mme. R LAHLOU EL KATEB
64, Boulevard A Bouabdellah
Tél. : 022.25.39.4



Dr BERRADA MARIA
PNEUMOLOGIE-ALLERGOLOGIE
PATHOLOGIE DU SOMMEIL
117 Angle Av.2 Mars et Rue de Rome
1er Etage - Au dessus de INWI 2 Mars - Casablanca
Tél. : 05 22 83 67 62 - E-mail : berradador@hotmail.com

117. تقاطع شارع 2 مارس وزنقة روما، إقامة الحياة، الطابق الأول رقم 6 (المدخل من زنقة روما) - الدار البيضاء

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, N°6 (entrée sur rue de Rome) Résidence AL HAYAT

1^{er} Etage - Au dessus de INWI 2 Mars - Casablanca

Tél. : 05 22 83 67 62 - E-mail : berradador@hotmail.com

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23 , Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 21/03/2023

Facture N° 959/2023

Nom patient : HABILLE SAID

Examen(s) réalisé(s) :
SCANNER THORACIQUE:

Montant : 1500 DH
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423

DR. MARIA BERRADA ELDORR

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris

Spécialiste des Maladies Respiratoires,
Asthme, Allergies , Tuberculose
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Endoscopie Bronchique

Sur Rendez vous



الدكتورة ماريا براودا الور

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى

الريو - الحساسية - داء السل - فحص

الوظيفة التنفسية - التنظير القصبي

بالموعد

Casa, le : 08 MARS 2023.....
البيضاء، في:

- Nom : Habibille

- Prénom: Fouad

- Radiographie thoracique face et 12

- Reçu : 200 M (deux cents M)

- Interprétation : Aspergile sur le poumon
Thorax à aspergile au niveau
enfer droit. Il est complété
par une tom thoracique.



117. تقاطع شارع 2 مارس وزنقة روما إقامة غلامي 3 الطابق الأول - رقم 6 (المدخل من زنقة روما) - الدار البيضاء

117 - Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome N° 6 (entrée sur rue de Rome)
Résidence ghoulami 3 - 1er étage - Casa

Tél. : 022 83 67 62 - GSM : 061 27 03 27: المحمول:

Docteur Maria BERRADA ELDORR

Diplômée de la faculté
de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies Respiratoires,
Asthme, Allergies, Tuberculose
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Endoscopie Bronchique
Pathologie du Sommeil et Ronflement
Adultes - Enfants
Sur Rendez-vous



الدكتورة ماريا براة الدر

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفس
الربو - الحساسية - داء السل
فحص الوظيفة التنفسية - المتنفس القصبي
علم أمراض النوم و الشخير

كبار - أطفال
بالموعد

Casablanca, le : 08 MARS 2023 الدار البيضاء، في :

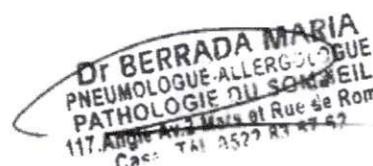
N° Hôpital. 500

grosses tétrographie . 40 PP

Anger de gross bronch

Moul

pour Tom Thoracique



117، تقاطع شارع 2 مارس وزنقة روما، إقامة الحياة، الطابق الأول رقم 6 (الدخل من زنقة روما) - الدار البيضاء
117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, N°6 (entrée sur rue de Rome) Résidence AL HAYAT
1^{er} Etage - Au dessus de INWI 2 Mars - Casablanca
Tél. : 05 22 83 67 62 - E-mail : berradador@hotmail.com

RADIOLOGIE
Sebta 23



**الفحص بالأشعة
سبتة 23**

IRM - Scanner Multibarlettes - Echographie et Echographie Doppler
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

Docteur Latifa MAHPOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

PHARMACIE AL BOUHDIR SARL AU
Boutique Pharmacie Al Bouhdir Casa
3754
115, Rue Senna
Casablanca
Tél: 0522 866666
Fax: 0522 331164
RC: 252331-ICE

CASABLANCA LE : 23/03/2013
HABILLE SA: D
- TELEBRIX 350 1 FLACON DE 50 ML

187.00
- OMNIPAQUE 350 MG 1 FLACON 50 ML

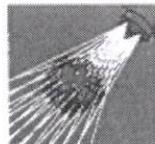
- ULTRAVIST 350 MG 1 FLACON 50 ML

Dr MAFFOUD Latifa
INPE: 091096628

187,00



05 22 49 09 62 - 23, زنقة سبطة، حي المستشفيات، الدار البيضاء، الهاتف: 05 22 49 09 60/61 - الفاكس: 05 22 49 09 60/61 -
23, Rue Sebta - Quartier des Hôpitaux - Casablanca - Tél: 05 22 49 09 60/61 - Fax: 05 22 49 09 62
Email : radiologiesepta23@gmail.com - البريد الإلكتروني: Site web : www.radiologiesepta.com
الموقع الإلكتروني: Patente : 34400143 - C.N.S.S : 2567157 - I.F: 01084042 - R.C : 65423 - ICE : 00151 497 8 000009



nner spiralé, 3D, Denta - Echographie Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
et M.I en totalité - Mammographie - Panoramique dentaire et Télé Radio Numérisés
Biopsies guidées - Radio photo pulmonaire - IRM sur R.V

fa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca, le 21/03/2023

Dr. BERRADA ELDORR Maria
Pneumologue

Le Confrère,

vous remercie de m'avoir adressé votre patient, **HABILLE SAID**

TDM THORACIQUE

Signes/

Acquisition hélicoïdale avant et après injection.

Reconstructions MPR.

Patho/

Absence d'hypertrophie ganglionnaire ou de formation anormale médiastinale.

Distension thoracique.

Condensation parenchymateuse apicale bilatérale et du lobe moyen droit d'allure fibreuse.

Epaississement scissural droit.

Petites bulles intra-parenchymateuses juxta-pleurales.

Le reste du parenchyme pulmonaire est normalement aéré et ne présente pas d'anomalie.

Les hiles pulmonaires sont libres.

Absence d'épanchement pleural.

Les coupes passant par l'abdomen ne montrent pas d'anomalie.

Total/

Lésions séquellaires apicales bilatérales et basales droites.

