

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'Horloge 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

N° W21-797815

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 160838

Nom & Prénom : BAST FATIMA

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273, BVD MY YOUSSEF CASABLANCA

Tél. : 067827257 Total des frais engagés : 2417,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2023

Nom et prénom du malade : HABILLE SAID

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 : 21/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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

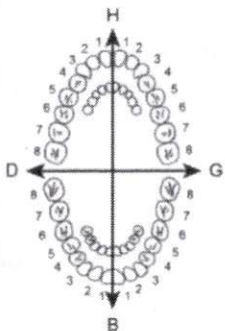
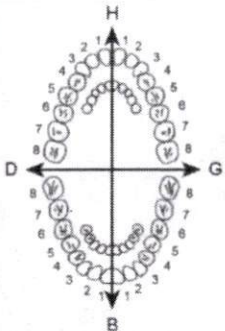
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :


Veuillez 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	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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

0621512858

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 128181 مرجع رقم 610-1-02
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	HABILLE SATO	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	134 566 234	رقم التسجيل :
N° CIN :	B-567860	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 :	273, BVD MLY YOUSSEF CASABLANCA	العنوان :
Montant des frais :	2417,10 Dhs.	مبلغ المصاريف :
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 SATO
Date de naissance :	04/05/1960
N° CIN :	B-567860
Sexe* :	M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى
INPE et code à Barres**	091032706
	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	إستشفاء <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-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : Le : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : Le : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins Dr. Maria BERRADA Pneumogénétiologue 117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome - Casablanca 2186 82
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

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

Dr. Marie Berard
Pneumophthisis Logua
117, Ange Avenue, Marrakech
Rue de Roma - Casablanca
US 22 77 07 37



Classification Internationale des Maladies

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



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 : 11/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 134566234

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 11/04/2023 : من
au : 11/04/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

HABILLE SAID

Veuillez 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
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- -sement	Taux de rembours- -ement %	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	417,10	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	11/04/2023	38,01
102455410	08/03/2023	CS	OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	83,00	11/04/2023	124,50
Total remboursé											1125,31
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

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



GE Healthcare

OMNIPAQUE™
أومنيباك

300 mg I/ml
ملع يودايسل

Solution Injectable

220779,096250

1201
OMN

**2. QUELLES SONT LES
A CONNAITRE AVANT D
OMNIPAQUE 300, 350 r
solution injectable ?**

**N'utilisez jamais OMNIPAQUE
solution injectable :**

- si vous êtes allergique (hype active ou à l'un des autres ce médicament, mentionnés
- si vous avez déjà eu une réaction ou cutanée retardée après l' (rubrique 4).
- si vous souffrez d'un excès d (thyrotoxicose).
- pour la réalisation d'une hys (examen de l'utérus et des tr enceinte.

Avertissements et précaut
Adressez-vous à votre médecin infirmier/ère avant d'utiliser On

Faites attention avec OMN

Encadré

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des

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
 rendez-vous



الدكتورة مارية برادة الدر

خريجة كلية الطب بباريس
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي
الربو - الحساسية - داء المل
فحص الوظيفة التنفسية - التنظير القصبي
علم أمراض النوم و الشخير
كبار - أطفال
بالموعد



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



99, 20 N° Hablek sand

Rivotimox

1cp x 3/4

45-80 Inter 4015

1cp 4 e hor

47-80 Doreen

1cp x 3/4

37-80 Duoscol

1cp x 3/4

Pharmacie de l'Oasis
Mme. R. LAHLOU EL KATEB
64, Boulevard A. Bouabdellah - Oasis
Tél. : 022.25.39.74

Dr BERRADA MARIA
PNEUMOLOGUE-ALLERGologue
PATHOLOGIE DU SOMMEIL
117, Angle Av. 2 Mars et Rue de Rome
Casablanca - Tél. : 0522 83 67 62

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



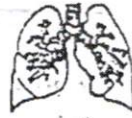
C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423

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



الرائدة ماريّة برادة الدرر

خريجة كلية الطب بباريس

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

الربو - الحساسية - داء السل - فحص

الوظيفة التنفسية - التنظير القصبي

بالموعد

Casa, le : 08 MARS 2023 في: البيضاء

- Nom : Habbille
- Prénom: Saad
- Radiographie thoracique face z 12
- Reçu : 200 M (deux cents M)
- Interpretation : Aspect de surinfection
thoracique et aspect de pneumonie
bilatérale. À compléter
par une TDM thoracique.

Dr BERRADA MARIA
PNEUMOLOGUE-ALLERGologue
PATHOLOGIE DU SONDAGE
117 Angle Av. 2 Mars et Rue de Rome
Casa - Tél: 6022 27 67 62

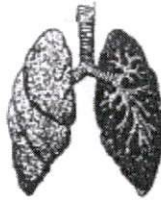
117, تقاطع شارع 2 مارس وزنقة روما إقامة غلمي 3 الطابق الأول - رقم 6 (المدخل من زنقة روما) - الدار البيضاء

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

المحفوظ : 061 27 03 27 - GSM : 022 83 67 62 - الهاتف

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 مارية برادة الدر

خريجة كلية الطب بباريس
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي
الربو - الحساسية - داء السل
فحص الوظيفة التنفسية - التنظير القصبي
علم أمراض النوم و الشخير
كبار - أطفال
بالموعد

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

N° Habille. fac 2

gros tubercule. 40 PP

Aggravé de gros lésions
Muc

peu TDM Thorax



Dr BERRADA MARIA
PNEUMOLOGUE-ALLERGologue
PATHOLOGIE DU SOMMEIL
117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome
Cas: Tél 3522 83 67 62

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



الفحص بالأشعة
سبتة 23

IRM - Scanner Multibarèttes - 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 MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

CASABLANCA LE :

HABILLE S.A.D

-TELEBRIX 350 1 FLACON DE 50 ML

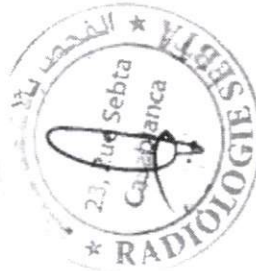
487.00 OU

*-OMNIPAQUE 350 MG 1 FLACON 50 ML

-ULTRAVIST 350 MG 1 FLACON 50 ML

PHARMACIE AL BONDJOUR Sebta
115, Rue Sebta - Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 86 04 64 - Fax: 0522 86 04 64
RC: 0522 86 04 64 - INPE: 091096628

Dr MAHFOUD Latifa
INPE: 091096628



187.00

23, Rue Sebta - Quartier des Hôpitaux - Casablanca - Tél: 05 22 49 09 60/61 - Fax: 05 22 49 09 62
Email: radiologiesebta23@gmail.com : البريد الإلكتروني : Site web: www.radiologiesebta.com : الموقع الإلكتروني
Patente: 34400143 - C.N.S.S: 2567157 - I.F: 01084042 - R.C: 65423 - ICE: 00151 497 8 000009



Scanner 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

Dr. MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca, le 21/03/2023

Dr. BERRADA ELDORR Maria
Pneumologue

Cher Confrère,

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

TDM THORACIQUE

Technique/

Acquisition hélicoïdale avant et après injection.
Reconstructions MPR.

Observation/

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.

Conclusion/

Lésions séquellaires apicales bilatérales et basales droites.

