

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

196530

M23- N° 0030476

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6913 Société : R. A. M.

Actif. Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABOUAISSA Mohammed

Date de naissance : 26-3-53

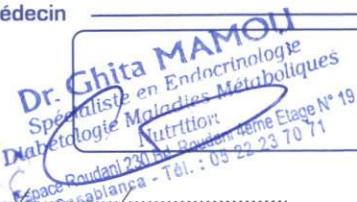
Adresse : 70 Rue Ketaïba n° 11 - 2 - Bagen

20380 CASABLANCA

Tél. : 053 760 515 Total des frais engagés : 410 714 5138,93 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABOUAISSA Mohammed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectation Endocrinienne

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 : 29/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/11/23	Bilan		6	Dr. CHITA MAMDHU Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Métabolique Rouadi 230 Bc Rouadi, Agm. Etage N° 19
29/11/23	CS		300 DH	Dr. CHITA MAMDHU Espace Rouadi 230 Bc Rouadi, Agm. Etage N° 19 Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Métabolique Rouadi 230 Bc Rouadi, Agm. Etage N° 19 022 23 70 71
			500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
29/11/23	29/11/23	2636,90

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RENARJISS			38,93 Euros reçu par a/c Yves Faure

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'D' at the bottom represents the sagittal plane. A horizontal line labeled 'G' on the right represents the midsagittal plane. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. The numbers 1 through 8 are placed on the teeth to indicate specific points of interest.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goître
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénales et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد والسكري
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

29/11/23

Casablanca, le :

Nom : Dr. ABOU Aissa Ndeawes!

111+11,00 X 2 (2342,00)
Trulicity 1,5mg
1 injecter / semain



* Glaucophage 1g

42,00 1 (p) x 21 après repas
126,00 x 2 (252,00)
Polyjnorm 1mg

52

صيدلية نرجس
Rue Zineb El Hachmi 230 Bd Roudani
Quartier El Jadida - Casablanca
Tél: 05 22 23 03 23 - 05 22 23 71 02

1 (p) x 21 avant repas
2636,00

3mrs

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
Nutrition

Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71



Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

FACTURE

N° FACTURE :608770
Date :29/11/2023

Client :
ABOUISSA MOHAMED

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE CENT SOIXANTE-ONZE DIRHAMS

Bon rétablissement



patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380

PHARMACIE NOON
12 RUE ABDELKrim LYAZGHI LA VILLETTÉ

R.C : 417216

Patente: 31403152

T.V.A :

Tél : 0522 63 71 02

Le 29/11/2023

FACTURE N°86935

N° ICE : 002015817000029

ABOUISSA MOHAMED

N° IF : 15228473

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	MONTANT TTC	Dont TVA	% Taux
2	TRULICITY 1,5 MG	1 171,00	2 342,00	153,21	7,00
1	POLYNORM 1 MG BT 30	42,00	42,00		
2	POLYNORM 1MG 90 CPS	126,00	252,00	16,49	7,00

TOTAL T.T.C :

2 636,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	2 594,00	Montant :	169,70	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	----------	-----------	--------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
 Deux Mille Six Cent Trente Six DIRHAMS.*

126,00

126,00

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goître
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrenaliennes et hypophysaires



مamou
لند و السكري
متداولة

برول، السمنة
التمو، القدرة التخامية

Casablanca, le :

Nom : M ABDE AÏSSA Ndiawed

Lecture de glycémie.

farmacie de BEAUCOURT
Elisabeth KOHLER
90500 Beaucourt, Tel 03 84 56 91 75
99 200 14 45

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
Espace Roudani 230 Bd Roudani Casablanca - Tel. 05 22

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

On call Sue

on

On call extra

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénauliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة

الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 29/11/23

Nom : M ABDELAJEM Noura

Lecter de glycémie.



فضاء الرودانى. 230 شارع الرودانى (طريق الجديدة سابقا) - الطابق الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 70 71
Espace Roudani. 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4^{eme} étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

644960

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date J J M M 02 12 2023

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom ABOUAISSA Mohamed

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

8 rue maurice Ravel 90500 BEAUCOURT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

KOHLER Elisabeth

10001291649

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE KOHLER
1 rue Louis Pergaud
90500 BEAUCOURT
902001445

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom MEDECIN Anonyme

identifiant 10000685825

raison sociale

n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) 911123735

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 02122023 A A A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A A

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

act conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP numéros ou date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée	Prest CIP/Ref. LPP(Ut)	Homeo Decon- Qte c. lab dition.	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. utili.	Indic. presc Subst.	Date debut loc	Date fin loc
	MAD 6112125(1)	1	38,93	38,93	ONE TOUCH VERIO REFLEC				

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

Pharmacie de BEAUCOURT
Elisabeth KOHLER
Tél. 03 84 66 91 75
90500 Beaucourt

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
90 200 euros

3 8 , 9 3

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

KOHLER Elisabeth

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

FSPHF 10-2014 S3115h

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la personne recevant les soins et l'assuré(e) :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes assuré(e) social(e), inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas assuré(e) social(e), indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.