

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-462247

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2379 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMID FATIMA
 Date de naissance : 21/3/55
 Adresse : 129, Lt Liac Sidi Maercuf CARVA
 Tél. : 0662124553 Total des frais engagés : 34975 + 2435 Dhs

Professeur Hassan EL GHOMARI

Cadre réservé au Médecin Spécialiste de Endocrinologie

Cachet du médecin :

Diabétologie et Nutrition
 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
 et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tél : 05 22 86 11 11

Date de consultation : 08/08/2020

Nom et prénom du malade : HAMID FATIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Pathologie surrénale

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
08/06/2020			3000	INP : 091028506 Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie 10 Boulevard Anouar Abdelmoumen Centre d'actes et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 85 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires
	08.06.2020	2135,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/02/2020	ECHO - THYR	34,91€

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

**Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada**



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

08-06-2023



Mme HAMID Fatima

99,00 Dh

GALVUS 50

330,00 x 3 = 1170,00
1 - 0 - 1 pendant 3 Mois

ADDITIVA VITAL

99,00 1cp / j pendant 1 Mois

SARGENOR

99,00 1 - 0 - 1 pendant 15 jours

RELAXIUM 375

99,00 0 - 0 - 1 pendant 1 Mois

LIOTUN

199,00 1app soir pendant 1 Mois

MEDIVEINE 600 MG

60,00 x 2 = 120,00
1 cp / j pendant 2 Mois

BANDELETTES ACCU CHEK

180,00 x 3 = 540
3 ANALYSES / J pendant 3 Mois

2135,00

Sargenor 20 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 58DH00
EXP 02/2023
LOT 01032 1

AXANT

LOT: 200035
DLUO: 02/2023
99,00 DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable



* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel
tube de 50g
PPV 49DH50

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3ème étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 37 44 / 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

LOT 200145
EXP 01 2023
PPV 60.00

60,00

180.00

180.00

LOT

478535

180.00

LOT

478535

2021-06-30

GTIN 04015630982110



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

LOT 192937 1
EXP 12 2023
PPV 60.00

60,00

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le : : الدار البيضاء، في

MME HAMID FATIMA

Analyses :

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

**CENTRE HOSPITALIER
RIVES DE SEINE**

Imagerie médicale Courbevoie

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 37 44 / Tél. : 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Mme BIARE Fatima

Né(e) le : 02/03/1955

Service prescripteur : Imag Consult Ext CBV

Courbevoie le, 03/02/2020

ECHOGRAPHIE THYROÏDIENNE DU 03/02/2020

Appareil : GE Voluson CBV
CG

Indication :

Bilan de thyroïde nodulaire, en euthyroidie

Technique :

L'examen a été pratiqué en temps réel avec une sonde de 13 MHz de haute définition.

Résultats :

La glande thyroïde est symétrique.

Ses contours sont réguliers.

Le lobe droit est de dimensions normales :

- Hauteur : 36 millimètres

- Diamètre principaux : 12 mm de largeur sur 19 millimètre d'épaisseur

Son parenchyme est homogène, sans anomalie localisée liquide ou solide.

Le lobe gauche est de dimensions normales :

- hauteur : 41 millimètre

- Diamètre principaux : 13 mm de largeur sur 18 millimètre d'épaisseur

Son parenchyme siège de nodules infra centimétriques à contenu partiellement liquidien de topographie

Superficielle latérale supérieure de 4 mm et second polaire inférieur de 3 mm

L'épaisseur de l'isthme est de 3 millimètres.

Pas d'hypertrophie para-thyroïdienne.

Pas de refoulement des axes vasculaires ou de la trachée.

Pas d'adénopathies satellite.

Conclusion :

Thyroïde de dimensions normales, nodule Ti RADS 2 -3

Interêt d'une surveillance échographique régulière

Docteur GUEYE Caroline

Compte-rendu validé électroniquement par le médecin

GIE IMAGERIE MEDICALE

Neuilly Paris Ouest

SCANNER-IRM

30, rue Kilford

92400 COURBEVOIE

QUITTANCE

Etablissement : CTR HOSPIT.COURBEVOIE TEL:0149043030 GESTIONNAIRE : lang
N° FINESS siège : 920000569

QUITTANCE : 961153
REGIE : 03
CAISSE : 23
DOSSIER : 013321288
N° IMMATRICULATION :
PATIENT : BIARE FATIMA

BIARE FATIMA *Née HAMO*
129 LOT LINA SIDI MAAROUF
99350 MAROC CASABLANCA

PRESTATION	DATE	L-Clé Ou C.REGPT	COEFF Ou Acti.	NB Ou Phase	P.U. -	BR AMO	Montant - AMO	BR TM	% - TM	Montant - Réglé
Acte d echo 030220 ADE			1	0	34,97	34,97	0,00	34,97	100%	34,97
03-02-20 : --- ENCAISSEMENTS SECTEUR PUBLIC							----->			34,97
TOTAL REGLE EN EUROS							----->			****34.97

- RECU LE 03 Fevrier 2020 DE BIARE FATIMA
EN PAIEMENT DES PRESTATIONS CI-DESSUS FOURNIES PAR
LA SOMME DE ****34.97 Euros en Espèces

CH COURBEVOIE

CH COURBEVOIE
- LE REGISSEUR DES RECETTES



BR AMO = Base de Remboursement AMO (éventuellement affectée des coefficients de transition et géographique)

N° 12541*02

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 03-02-2020

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

BIARE

FATIMA

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

02-03-1955

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

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) 129 LOT ADINA BIDI MAAROUF

99350 MAROC CASABLANCA

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

CONVENTIONNE

CHRDs CHI COURBEVOIE-NEUILLY-PUTEUX

36 BP 70 GENERAL LECLERC

BP 70 BD DU GENERAL LECLERC

92205 NEUILLY SUR SEINE CEDEX

=> 92 0 02637 4 1 11 0 n°AM

920026374

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

X 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)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
03-02-2020	KCQM001	1		1	34,97		M.D.	nbre	montant ③
J J M M A A A A A A									
J J M M A A A A A A									
J J M M A A A A A A									
J J M M A A A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

34,97

FMS (1+2+3)

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

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer