

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-462247



Maladie Dentaire Optique Autres

| | | | |
|--------------------------------|--|----------------------------------|---------------------|
| Matricule : | 2379 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | HARMIY FATIMA | |
| Date de naissance : | | 2/3/55 | |
| Adresse : | | 129 LT 14 Rue Sidi Maury CARAV | |
| Tél. : | 0662124553 | Total des frais engagés : | 34,97 € + 24,35 Dhs |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tel : 05 22 86 11 11 |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | 08/09/2020 |
| Nom et prénom du malade : | HARMIY FATIMA |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | DIMIOTIC - Diabète sucré |
| 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/06/2020 | | 300m | | INP : 091028506 Professeur Hassan EL GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Dermatologie et Nutrition Abdelmoumen Center, Angle Boulevard Anouar et Abdelmoumen N°313, Casablanca - Tél : 05 22 86 14 14 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Spécialiste en Endocrinologie Dermatologie et Nutrition Abdelmoumen Center, Angle Boulevard Anouar et Abdelmoumen N°313, Casablanca - Tél : 05 22 86 14 14 |
| HAY BOUCHRAN | 08.06.2020 | 2.135,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Hôpital Saint-Louis de Paris | 31/01/2020 | ECHO - THYR | 34,97 € |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | 1111111111 |
| | | | | 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 |

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 والمصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

08 - 06 - 2023



Mme HAMID Fatima

99,00 Dh

GALVUS 50

330,00 1 - 0 - 1 pendant 3 Mois
~~X 3~~ → 1170,00



Sargenor 1x 20 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 58DH00
EXP 02/2023
LOT 01032 1

ADDITIVA VITAL

100,00 1cp / j pendant 1 Mois



SARGENOR

59,00 1 - 0 - 1 pendant 15 jours



RELAXIUM 375

100,00 0 - 0 - 1 pendant 1 Mois

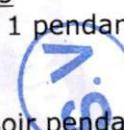


AXANT

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

LIOTUN

100,00 1app soir pendant 1 Mois



MEDIVEINE 600 MG

60,00 1 cp / j pendant 2 Mois



BANDELETTES ACCU CHEK

180,00 ~~23~~ = 540 3 ANALYSES / J pendant 3 Mois



professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie et Nutrition
Abdelmoumen Center
et Abdelmoumen N° 1

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

* VIGNETTE
Lioton® 1000 gel
tube de 50g
PPV 49DH50

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

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

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

E-mail : 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
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

6118001031030

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

LOT 192937 1
EXP 12/2022
PPV 60.00

60,00

6118001031030

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

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 سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - 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
Diabetologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

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

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

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

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

IMAGERIE MEDICALE COURBEVOIE

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

PANORAMIQUE DENTAIRE

MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMETRIE

ECHOGRAPHIE - DOPPLER

SCANNER

Secrétariat et RDV : 01.49.04.32.80 - Fax : 01.49.04.32.82

Chef de Service
Dr C. GUEYE

Praticiens Hospitaliers
Dr P. BARKOVSKIJ

Cadres Médico-Techniques : - A. LECLERCQ - V. LEGALL URSSULE

Secrétaires : Y. FIHROUN - A. GUINDEIRA - A. JEUDON - K. STRAZEL - I. TAJRI - M. PLACERDAT

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

Superficie 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'adénopathie satellite.

Conclusion :

Thyroïde de dimensions normales, nodule Ti RADS 2 -3

Intérêt 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 *Né 14/04/90*
 129 LOT LINA SIDI MAAROUF

99350 MAROC CASABLANCA

| PRESTATION | L-Clé | COEFF | NB | BR | Montant | BR | % | Montant |
|-------------|----------------------------------|---------|-------|--------|---------|-------|------|------------------|
| | DATE | Ou | Ou | P.U. - | AMO - | AMO - | TM - | TM - Réglé |
| | | C.REGPT | Acti. | Phase | | | | |
| 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 |
| | <u>TOTAL REGLE EN EUROS</u> | | | | -----> | | | ****34.97 |

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

CH COURBEVOIE
 - LE REGISSEUR DES RECETTES



feuille de soins - médecin

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

numéro de facture (facultatif)

03-02-2020

date

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

02-03-1955

date de naissance

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'ASSURÉ MAAROUF

99350 MAROC CASABLANCA

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

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CONVENTIONNE

CHI COURBEVOIE-NEUILLY-PUTEAUX
CHRDS
36 BD DU GENERAL LECLERC
BP 79 BD DU GENERAL LECLERC
92205 NEUILLY SUR SEINE CEDEX
92205 NEUILLY SUR SEINE CEDEX

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

=> 92 0 02637 4 1 11 0 n°AM

identifiant

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

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 EFFECTUÉS

(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 | frais de déplacement | | |
|-------------------|-----------------|-----------|----------------------------------|---|---------------------------------|---|----------------------|------|---------|
| | | | | | | | I.D. | 2 | I.K. |
| 03-02-2020 | KCQM001 | 1 | | 1 | 34,97 | | M.D. | nbre | montant |
| J J M M A A A A A | | | | | | | | | |
| J J M M A A A A A | | | | | | | | | |
| J J M M A A A A A | | | | | | | | | |
| J J M M A A A A A | | | | | | | | | |

PAIEMENT

34,97

MONTANT TOTAL
(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 actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou d'abus de recours à la sécurité sociale encourt des peines de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, ou concernant 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 modifiant le code de la sécurité sociale, nous vous invitons à communiquer des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

IMP COSTE AUBENAS

FSM 01-2011 S 3110j