

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 062324

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07194 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : KAMIL MOHAMAD HARRAN

Date de naissance : 29 SEPT 1951

Adresse : 88, RUE JEAN JAURES, APT 6, CAS

Tél. : 0663448020 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAMIA Age: 1959

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 : Le : 05 / 05 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

pour le versement pris par le respect des conditions qui précède.

التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
اجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق

توقيع وطابع الوكالة Signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Agent :	Date d'arrivée: تاريخ الاستلام:
..... تاريخ الإيداع:	

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *
		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم
N° Dossier :		
خاص بالمؤمن له (لها)		
Partie réservée à l'assuré(e)		
الاسم العائلي والشخصي : BERRECHID ip KAHIL LAMIA رقم التسجيل :		
N° Immatriculation : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1W1101014131 1 1 N° CIN :		
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 : 88, RUE JEAN JAURES CASABLANCA العنوان :		
Montant des frais : 2650,00 Dhs مبلغ المصاريف :		
Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات		
Nom et prénom : Benedict Kahl Lauer الاسم العائلي والشخصي :		
Date de naissance : 12/3/1981 تاريخ الازدياد :		
N° CIN : 1W1101014131 1 1 رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe : M ذكر F أنثى الجنس :		
INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر		
INPE 091163550 Médecin traitant الطبيب المعالج	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
نوع العلاجات *		
Type de soins* Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : 12/12/2021 Le : 12/12/2021 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : 14/10/2021 Le : 14/10/2021 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

- ** Cocher la mention utile pour chaque case
 - ** Accoler 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 : الهاتف : 2186 الدار البيضاء المحطة - الدار البيضاء ص.ب. 2186
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant -	
11/02/2021			15000	Docteur JOUNDY Amine Médecin Généraliste 75, Rue Taha Houcine, Qt Gautier Casablanca - Tél : 0522 27 43 27	
INPE et code à Barres 091163550					
25 FFV 2021		Contrôle	gratuit	Docteur JOUNDY Amine Médecin Généraliste 75, Rue Taha Houcine, Qt Gautier Casablanca - Tél : 0522 27 43 27	
INPE et code à Barres 091163550					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 091163550						
INPE et code à Barres 091163550						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع أو إلكتروني Signature et Cachet	
18 FEV. 2021		P273	30000	82, Rue Mou Tél : 022 2	
26 FEV. 2021		P 909	10000	82, Rue M Tél : 022 Fax : 022 2	
INPE et code à Barres 091047670					
22-02-21		260 Kuo	12000	CENTRE RADIOLOGIE 5, rue Kt Abdellaz Tél : 0522 04.97.97 / 98 / 9	
INPE et code à Barres 091047670					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			فيها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع أو إلكتروني Signature et Cachet Fournisseurs des c		
INPE et code à Barres 091163550				
INPE et code à Barres 091163550				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 210403963178355	Emis à Casablanca - le : 13/04/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille : تعريف العائلة N° d'immatriculation: 170889335 Règlement du mois : 04/2021 Mode de paiement : Virement	BERRECHID LAMIA N 88 RUE JEAN JAURES PALMIER CASABLANCA 2000	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
BERRECHID LAMIA										
064062920	02/02/2021	C	MEDECIN GENERALISTE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
064062920	02/02/2021	Z	RADIOLOGIE	1 500,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
064062920	02/02/2021	B	BIOLOGIE	1 954,60	1,10	440,00	1,00	1 584,00	70	1 108,80
064062920	02/02/2021	PH	BIOLOGIE	422,90	422,90	1,00	1,00	422,90	70	296,03
064062920	02/02/2021	PHN	BIOLOGIE	325,30	39,90	1,00	1,00	39,90	00	0,00
064062919	11/02/2021	C	MEDECIN GENERALISTE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
064062919	11/02/2021	B	BIOLOGIE	300,00	1,10	273,00	1,00	300,30	70	210,00
064062919	11/02/2021	B	BIOLOGIE	1 000,00	1,10	909,00	1,00	999,90	70	699,93
064062919	11/02/2021	Z	RADIOLOGIE	1 200,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
Total remboursé pour LAMIA										3 826,76
Total général remboursé										3 826,76

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 11/02/2021 في الدار البيضاء،

N^{me} Kahil Larica

A faire

Trombozythèse / Bilan sérologique
Général

code INPE

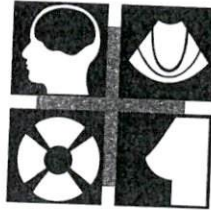


091163550

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca Tél. 0522 27 43 27

75, زنفة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

مركز أنفا للفحص بالأشعة



CENTRE RADIOLOGIE ANFA

Casablanca, le 22/02/2021

Facture N° 1101/2021

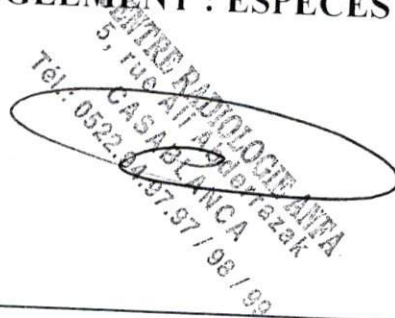
Nom patient : KAHIL LAMIA

Examen(s) réalisé(s) :
TOMOSYNTHESE
BILAN SENOLOGIQUE

Montant : mille deux cents (1200 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE DEUX CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES



5, rue Ali Abderrazak, Casablanca - Tél. : 0522 94 97 97/98/99 - E-mail : centreradiologieanfa@cra.ma
Scp Capital 120.000,00 DH - I.F. N° 01003038 - Patente N° 35804437 - C.N.S.S. N° 2701557
ICE : 001691615000009 - Cpte Bancaire, BMCE Casa Agence Marina : 011 793 00 00 59 210 00 00 612 65

Patient : KAHIL LAMIA
Prescripteur: DR JOUNDY AMINE

BILAN SENOLOGIQUE

*Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.
Examen réalisé sur un appareil de tomo-mammographie General Electric (Pristina) mise en service
en janvier 2018.*

Indication :

Examen de dépistage.

Contexte clinique:

Patiente âgée de 61 ans, mère de 2 enfants allaités.
Pas d'antécédents mammaires personnels ou familiaux.
Examen clinique normal.

TOMO-MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

Seins partiellement glandulaires (type 2).
Pas de signe de divergence architecturale.
Pas de sur-opacité suspecte.
Pas de foyer de micro-calcifications suspect.
Pas d'adénomégalie axillaire (formations ganglionnaires axillaires bilatérales dont certaines
présentent un centre clair).
Pas d'anomalie des plans cutanés.

ECHODOPPLER + ELASTOGRAPHIE

Pas d'atténuation suspecte.
Pas de lésion tissulaire.
Pas de lésion kystique.
Pas d'adénomégalie axillaire.
Pas d'anomalie des plans cutanés.

CONCLUSION

Pas de lésion suspecte.
ACR 2 bilatéral.

Classification Bi-Rads de l'ACR (American College of Radiology)

ACR 1 : Aspect normal

ACR 3 : Aspect probablement bénin

ACR 2 : Aspect bénin

ACR 4 : Aspect suspect de malignité

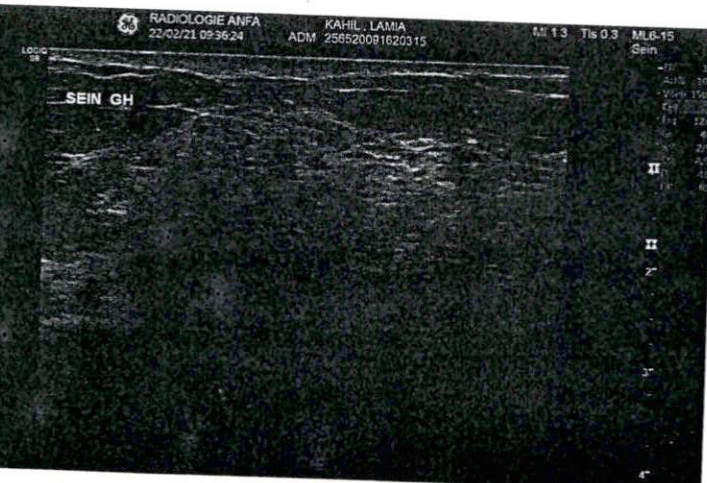
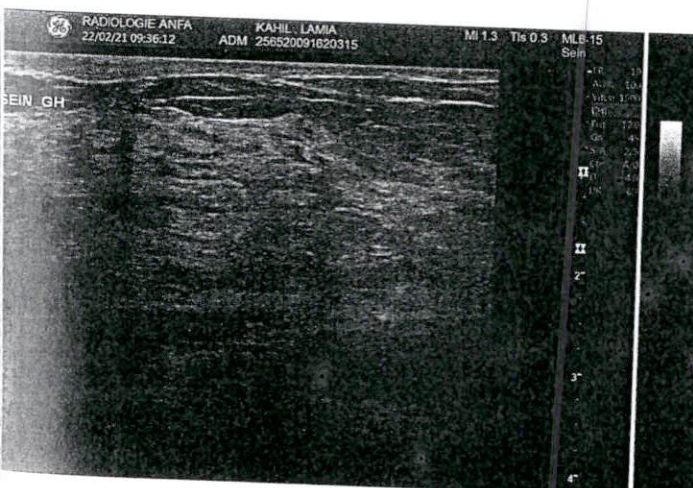
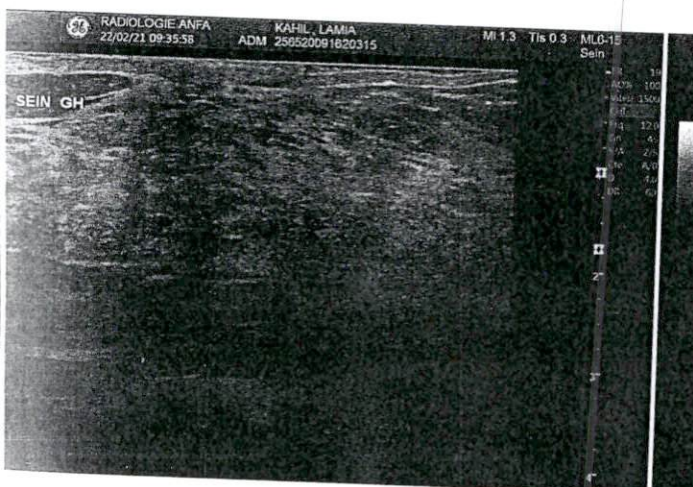
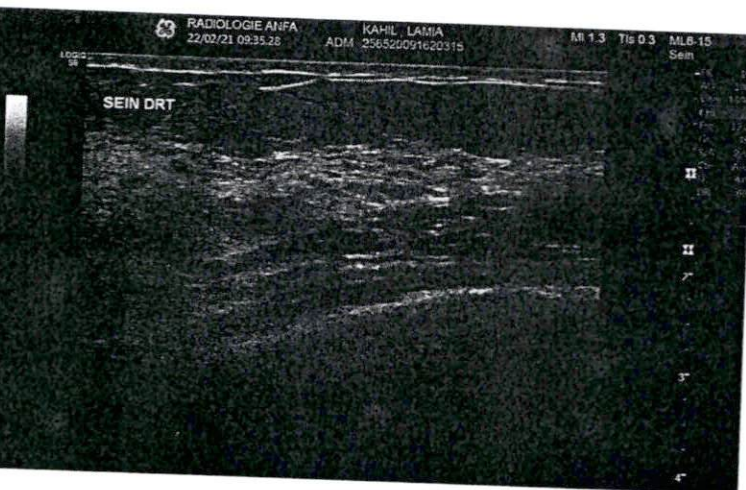
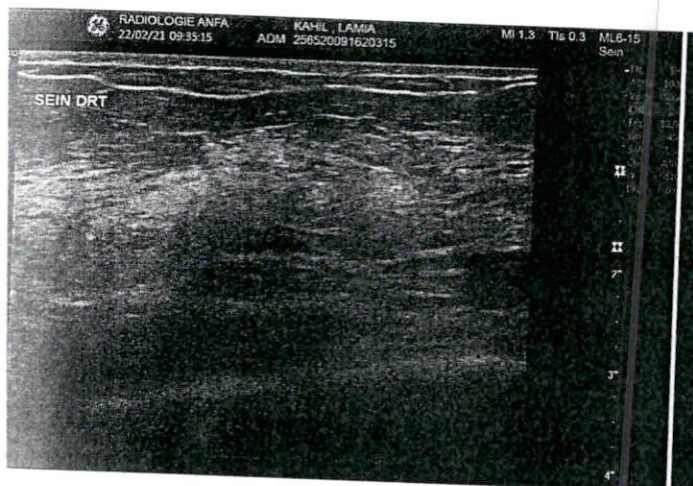
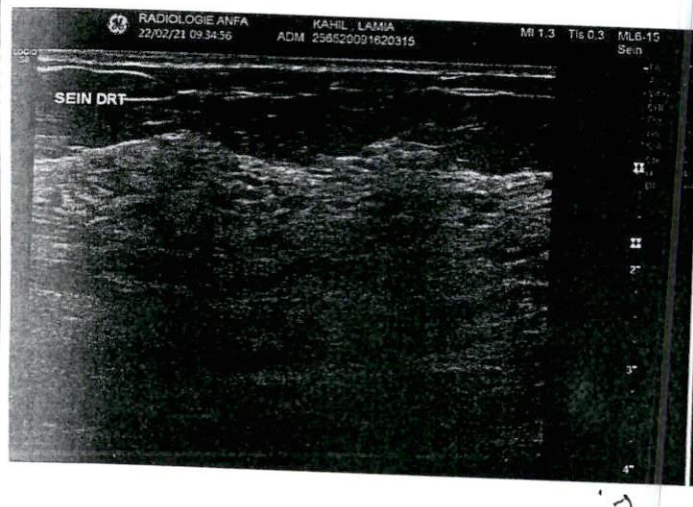
ACR 5 : Aspect malin

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA

Tél.: 0522.94.97.97 / 98 / 99



KAHIL LAMIA

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 31.1 FEB 2021 في الدار البيضاء،

Mme Berredid Louia :

A faire

Frotti cervico - vaginal

L. A. C. P.
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Tél : 022.28.84.03 / 20.24.50
Fax : 022.20.24.31 - CASABLANCA

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél : 0522 27 43 27

code INPE



091163550

75, زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

CABINET DE PATHOLOGIE - DOCTEUR HAMAMSI M. TAOUFIK

anatomocytopathologiste diplome de la faculte de medecine de nancy

Age	: . ans	Réf.	: C21020189
Sexe	: F	Nom du patient	: BERRECHID LAMIA
Date de prélèvement	: 18/02/2021	Date de réception	: 18/02/2021
Date de réponse	: 25/02/2021	Prescripteur	: JOUNDY

NATURE DU PRELEVEMENT

FROTTIS DE DEPISTAGE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Frottis cervico-vaginal de dépistage.

Les préparations réalisées ont un aspect cytologique comparable montrant une abondante desquamation de cellules malpighiennes à majorité intermédiaire et parabasale à cytoplasme souvent basophile plus rarement acidophile et à noyau ovoïde. Ces cellules sont associées sur l'un des prélèvements à d'assez nombreuses cellules cylindriques. Sur ces éléments on remarque également la présence d'éléments dystrophiques à cytoplasme acidophile densifié parfois dyskératosique à noyau pycnotique. D'autres cellules possèdent un noyau vésiculeux floride parfois double et a cytoplasme pseudo-vacuolaire. Il existe une discrète anisocaryose et anisochromie mais sans modification majeure du rapport nucléo-cytoplasmique. L'ensemble se dispose sur un fond peuplé par d'assez nombreux leucocytes polymorphes. Absence de cellules suspectes.

CONCLUSION :

Présence d'éléments dystrophiques de nature indéterminée de type ASC-US.
Absence de cellules néoplasiques.

Médecin remplaçant
Pr. HICHAM EL AITAR

L. A. C. P.
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Tel : 0522.20.24.30 / 20.24.30
Fax : 0522.20.24.31 - CASABLANCA

Dr. Hicham El Aitar
André G. G. G. G. G.

Laboratoire d'Anatomie Cytologie Pathologiques

FACTURE

REF : FA21006

Casablanca, le 18/02/2021

Date de facturation	18 / 02 / 2021
Médecin traitant	JOUNDY
Patient	BERRECHID LAMIA - 003868
Demande	C21020189 - 18/02/2021

Liste des examens

FROTTIS DE DEPISTAGE

A Payer	300,00
coefficient-P	273

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS ET 00 CENT

L. A. C. P.
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Tél : 022.26.84.03 / 20.24.30
Fax : 022.20.24.31 - CASABLANCA

82, RUE MOUSSA IBNOU NOUSSAIR-CASABLANCA 20060-

Tel : 05.22.26.84.03 / 05.22. 20.24.30 Fax : 05.22. 20.24.31 Email ; labolacp@gmail.com

CNSS ; 1293688 ; Patente : 35507788 , ICE : 001784529000042 ; IF : 40 407 150 ; TVA : 704510 ; INPE: 09107

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le25 février 2021..... في الدار البيضاء،

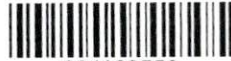
Mme BERRECHID KAHIL Lamia

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

TEST HPV (test reflexe)

code INPE



091163550

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél : 05 22 27 43 27

75, زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

Centre
Rue de Tunis, El Jadida
Tél : 05 23 33 69 42
Fax : 05 23 33 69 42
E-mail : cpas86513@gmail.com
053678400003

Dr Hic
ANATO

Age	:	Réf.	: T21020830
Sexe	: F	Nom du patient	: BERRECHID LAMIA
Date de prélèvement	: 26/02/2021	Date de réception	: 26/02/2021
Date de réponse	: 02/03/2021	Préscripteur	:

NATURE DU PRELEVEMENT

TYPAGE HPV

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

RECHERCHE QUALITATIVE D'ADN DE PAPILLOMAVIRUS HUMAINS GENITAUX POTENTIELLEMENT ONCOGENES

Technique effectuée sur **Cobas 4800** pour détecter l'ADN de papillomavirus humains génitaux potentiellement oncogènes (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68) PAR PCR EN TEMPS REEL (Real-time PCR)

Origine : Col utérin (frottis monocouche)

Contrôle :

Contrôle positif : valide

Contrôle négatif : valide

Résultat :

Absence de détection d'un papillomavirus humain, à haut risque, correspondant aux amorces et sondes utilisées

Signé : Dr. Hicham EL ATTAR

Annasr
Pathology
Center
3 Rue de Tunis, El Jadida
30000 93 / Fax: 05 23 33 69 42
h.elpa26513@gmail.com
055678400033

Dr Hicham EL ATTAR
ANATOMO-PATHOLOGISTE

FACTURE

REF : FA21000

Casablanca, le 26/02/2021

Date de facturation 26 / 02 / 2021
Médecin traitant JOUNDY
Patient BERRECHID LAMIA - 003953
Demande T21020274 - 26/02/2021

Liste des examens

TYPAGE HPV

A Payer 1 000,00
coefficient-P 909

Arrêtée la présente facture à la somme de : UN MILLIER DIRHAMS ET 00 CENTI

L. A. C. P.
82, RUE MOUSSA IBNOU NOUSSAIR
Tél : 05.22.26.84.03 / 05.22. 20.24.30
Fax : 05.22.26.84.03 / 05.22. 20.24.30