

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

Réclamations 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.

Biologie 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.

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.

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.

N° P19- 061192

Optique **26625** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1927** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ARFI SAID**

Date de naissance : **12-11-1962**

Adresse : **595 Bd EL QNOUS, OULED TALES, AÏN CHAO**

.....
CAISSE MAROCANNE DE

Tél. : **0661667884** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/04/2021**

Nom et prénom du malade : **MONSSEF BAH** Age : **54**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Thrombocythémie essentielle**

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 : **CABINET** Le : **20/04/2021**

Signature de l'adhérent(e) :



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
20/10/2022	✓		300	Pr. Saadia ZAHAR Médecin à l'Institut Al Madina

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Miroirs 303 Allée du Dragon 91000 EVRY Tél. : 01 60 77 50 34 91 2 01333 1	6 MAI 2021	689,96

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ALAIN LUCAS LES MANDARINS 06 21 80 44 75 Tél. : 05 22 52 87 22 Fax : 05 22 52 87 22	01.06.21	B, 80 fm	132,20

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 :

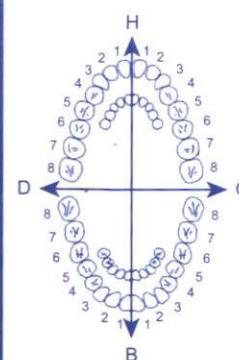
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة

أمراض الدم

البالغين و الأطفال

سرطان الطفل

زراعة النخاع

Nom / Prénom : MOUNSYE / BAHIA

Age :

Renseignements clinique :

- NFS + plaquettes
- Réticulocytes
- Urée
- Créatinine
- ASAT / ALAT
- GGT
- Phosphatases Alkalines
- Bilirubine
- VS
- CRP
- Ferritine
- Glycémie à jeun
- Fibrinogène
- TP
- TCK
- D-Dimères
- Autres.....

- Myélogramme
- Natrémie
- Kaliémie
- Calcémie
- Acide urique
- Sérologie HBS
- Sérologie HCV
- Sérologie HIV
- LDH
- B2microglobuline
- Electrophorèse des protides
- Protéinurie des 24h
- Electrophorèse de l'hémoglobine

LABORATOIRE CLINIQUE
MÉDICALE MAMZOURA
3, Bd Al Qods 20460 Casablanca
Tél.: 05 22 52 00 00
Fax: 05 22 21 92 41



PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
303 Square de dragon
91000 EVRY

Identifiant : 91 2 01333 1

Tél. : 0160775034

MONSEEF Bahia
00000 CASABLANCA

Justificatif de vente n° 89871 du 06 mai 2021

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400930130001	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 100	2,10	170,45	4	681,80
HDR	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	4	4,08
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51
	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	2,10	3,57	1	3,57

Pharmacie des Miroirs
303 Allée du Dragon
91000 EVRY
Tél. : 01 60 77 50 34
91 2 01333 1

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	675,78	14,18	689,96
Total	675,78	14,18	689,96

Part Principale €		Part Assuré €	689,96
Part Complémentaire €			

Net à payer **689,96** euros



مختبر منظرونا للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biogiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biogiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 1 juin 2021

Madame MONSSEF BAHIA

FACTURE N°	145395		
Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	Total : B 80
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			132,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Trente Deux Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE ANALYSES
MÉDICALES MANDARONA
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
at de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 01/06/21

Prélèvement effectué à 09:51

Edition du : 29/06/21

Madame MONSSEF BAHIA

Docteur SAADIA ZAFAD

Réf. : 21F53

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i)

Normales (Femme Adulte)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	3,70	*	M/mm ³	4,2 - 5,2
Hémoglobine -----:	9,4	*	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite -----:	29	*	%	35 - 45
- V.G.M. -----:	78	*	μ^3	85 - 95
- T.C.M.H. -----:	25	*	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----:	32		g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----: 12 870 * /mm³ 4000 - 10000

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----:	72,5	*	%	50 - 70
Soit :	9 331		/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,2		%	1 - 3
Soit :	154		/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----:	0,1		%	< 1
Soit :	13		/mm ³	< 100
Lymphocytes -----:	17,9	*	%	20 - 40
Soit :	2 304		/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----:	8,3		%	1 - 14
Soit :	1 068		/mm ³	40 - 1000

PLAQUETTES

Résultat ----- : 509 000 * /mm³ 150000 - 400000

**LABORATOIRE ANALYSES
MANDARINA**
MEDICALS
679, Bd Al Qods 20460 Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88 / 0522 52 83 88
Fax : 05 22 24 37 01
ona@yahoo.fr
1634915000055
0 0144347

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 5283 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 0016349150900552 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

1 4 5 2 3 5

0 6 0 5 2 0 2 1

date

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 MONSEEF Bahia (25157)

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

numéro d'immatriculation

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

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

Vd:1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

00000

CASABLANCA

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MR FATHALLA

PHARMACIE DES MIROIRS
303 Square de dragon
91000 EVRY
91 2 01333 1

Tel: 0160775034

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ZAFAD SAADIA

identifiant

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES													
tarif	Code	Top	Base			Nb	Mode	Indic.	Date	Date			
Code	Acte	Cip/Ipp	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH1	34009	3013000	1		4	170,45	681,80	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGA					
HD1					4	1,02	4,08	Honoraire de dispensat					
HDR					1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE					1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S					

primer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

6 8 9 9 6

Part ASS.: 689,96

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

MR FATHALLA

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

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. 212-1 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. 212-1", 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.



مركز أمراض الدم و الأنكولوجيا

Centre d'Hématologie & Oncologie

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزه
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعه النخاع

Casablanca, Le :

20 avril 2021

Mme MONSSEF Bahia

ANAGRELINE 0,5 MG

4 boites

Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADIN
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
91 2 01333 1
303 Square de dragon
91000 EVRY
Tel: 0160775034
Ordonnance: 06/05/21
Delivrance: 06/05/21
Vendeur: 1

Facture no : 145235
Malade :MONSEEF
25157 Bahia
00000 CASABLANCA
Medecin:ZAFAD SAADIA

Qte---P.unit-Cip-----	Designation-----	Base---	Hon.--taux---	Ordo--
4	170,45 3400930130001 ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 1	170,45	1,02 100%	000326387
	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	0,51	70%	
	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	3,57	70%	

TOTAL GENERAL: 689,96 TOTAL ASSURE: 689,96
TOTAL R.O.: 0,00
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL