

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 :

- Maintenance du médicin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de spés.

Distribution

- 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 spms.

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 AID et AIC :

- 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

Nº W21-718950

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1922	Société :	130658
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :	ARFII SAID.		
Date de naissance :	12-11-62		
Adresse :	595, B ^e EL QUODS EASIA		
Tél. :	0661667884	Total des frais engagés :	19176 + 776 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	27/07/22
Nom et prénom du malade :	MONSSEF BAHIA
Age :	56
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 p/confidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

[Handwritten signature]

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
05/06/2002				INP : [REDACTED]
05/06/2002			4085,00	Héma... Tel: 06 82... Protess... matos... 02/02/2002 à 09:40 à 09:45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou 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	23/06/2002	Exclus 957,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

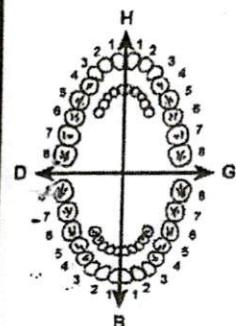
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients 0 - Casablanca	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICALS TÉL: 03 23 33 04 00 FAX: 03 23 33 04 00	06/07/2002	REF: 05 22 52 05 82 Fax: 05 22 21 92 41	B 210 M 386,80 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

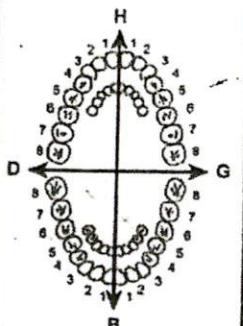
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



D.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزّة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

05 juillet 2022

MME MONSSEF BAHIA

Analyses :

NFS
Urée
Créatinine
TRANSAMINASES HEPATIQUES
Acide Urique

ASSISTANTE AUX ANALYSES
MÉDICALES MANDARONA
679, Bd Al Gods 20460 - Casablanca
Tel.: 05 22 52 83 88
Fax: 05 22 21 92 41

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



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 mercredi 6 juillet 2022 Madame MONSSEF BAHIA

FACTURE N° 169075

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	Total : B 270

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER 386,80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Six Dirhams et Quatre vingt Centimes

LABORATOIRE ANALYSES
MÉDICALES MANDARONA
679, Bd El 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

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

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

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

Dossier ouvert le : 06/07/22

Prélèvement effectué à 08:40

Edition du : 14/09/22

Madame MONSSEF BAHIA

Docteur SAADIA ZAFAD

Réf. : 22G294

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i)

Normales	Antériorités
(Femme Adulte)	

16/05/2022

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	3,76 * M/mm ³	4,2 - 5,2	3,43
Hémoglobine -----:	9,6 * g/100 ml	12 - 16	8,6
Hématocrite -----:	30 * %	35 - 45	26
- V.G.M. -----:	81 * μ ³	85 - 95	76
- T.C.M.H. -----:	26 * pg	28 - 32	25
- C.C.M.H. -----:	32 g/100 ml	30 - 35	33

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	18 670 * /mm ³	4000 - 10000	13570
Formule leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles -----:	75,3 * %	50 - 70	72,7
Soit :	14 059 /mm ³	2000 - 7500	9865
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,2 %	1 - 3	1,5
Soit :	224 /mm ³	40 - 300	204
Polynucléaires Basophiles -----:	0,7 %	< 1	0,9
Soit :	131 /mm ³	< 100	122
Lymphocytes -----:	14,7 * %	20 - 40	17,1
Soit :	2 744 /mm ³	1500 - 4000	2320
Monocytes -----:	8,1 %	1 - 14	7,8
Soit :	1 512 /mm ³	40 - 1000	1058

PLAQUETTES

Résultat -----:	551 000 * /mm ³	150000 - 400000	517000
-----------------	----------------------------	-----------------	--------

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

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

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

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

Créatine kinase

Dossier ouvert le : 06/07/22

Prélèvement effectué à 08:40

Édition du : 14/09/22

Madame MONSSEF BAHIA

Docteur SAADIA ZAFAD

Réf. : 22G294

Compte Rendu d'Analyses

B I O C H I M I E S A N G U I N E (Cobas Roche C-311)

			Normales	Antériorités
Urée -----	: 0,47	g/l	0,15 - 0,5	
	Soit : 7,83	mmol/l	2,5 - 8,34	
Créatinine ----- :	7,6	mg/l	6 - 13	
	Soit : 67	μmol/l	53 - 115	
Acide urique ----- :	63 *	mg/l	25 - 60	
	Soit : 378	μmol/l	148 - 357	
Transaminases - SGOT / ASAT -----:	19	UI/l	< 45	
Transaminases - SGPT / ALAT -----:	10	UI/l	< 49	

**LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES 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

Docteur Saadia ZAFAD

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



المدينة
مصحة متعددة الاختصاصات

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزه
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

07 juillet 2022

Mme MONSSEF Bahia

ANAGRELIDE 0,5 MG

6 boites

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

Délivré 6 boîtes
d'Anagrelide 0,5 mg

(Médicament non disponible au Maroc)

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
.....

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
91 2 01333 1
303 Square de dragon
91000 EVRY
Tel: 0160775034
Ordonnance: 07/07/22
Delivrance: 27/07/22
Vendeur: 1

Facture no : 173127

Malade :MONSEEF
25157 Bahia

00000 CASABLANCA

Medecin:ZAFAD SAADIA

Pte---P.unit-Cip-----	Designation-----	Base--	Hon.--taux--	Ordo--
6 157.80 3400930130001	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 1	157.80	1.02 100%	000389285
	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	0.51	70%	
	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	3.57	70%	

TOTAL GENERAL: 957.00 TOTAL ASSURE: 957.00

TOTAL R.O.: 0.00
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**Art. 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)

173127

date 27072022

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 J J M M A A A A

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 FOURNISSEURPHARMACIE DES MIROIRS
303 Square de dragon
91000 EVRY
91 2 01333 1**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

Tel: 0160775034

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**nom et prénom **ZAFAD SAADIA**

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

07072022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (*si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante*) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES												
tarification détaillée	Code	Top	Base				Nb	Mode	Indic.	Date	Date	
Acte	Cip/Ipp	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH1	34009 3013000 1			6	157.80	946.80	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGA					
HD1				6	1.02	6.12	Honoraire de dispensat					
HDR				1	0.51	0.51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE				1	3.57	3.57	HONORAIRE MEDICAMENT S					
imprimer 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****95700**

Part ASS.: 957.00

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.