

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

14/02/2023

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4817 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre : _____

Nom & Prénom : LAVLIDI SARA Fouad

Date de naissance : 27.01.1960

Adresse : Bd OUD E Z MALEH N°55 OUL FATA

Tél. : 0661052144

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : _____

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : _____

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : _____

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 : 06/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : GROUPE SCOLAIRE EL BILIA D ANFA SARL
NOM DE L'ASSURE : SABILE FATIHA
BENEFICIAIRE : SABILE FATIHA
DECLARATION N° : 21331045 /

/ 1039765

CONTRAT N° 9106 60 / 659003
CERTIFICAT N° 7176517 MATRICULE 7176517
DATE DE LA DECLARATION : 03/11/2022
DATE DE REMBOURSEMENT : 04/01/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation specialiste	250.00	105.00	250.00		90%	145.00
13	Analyses medicales	560.00	385.00	560.00	500	90	175.00
15	Pharmacie	236.80	165.76	236.80		90%	63.94
TOTAUX		1046.80	655.76	1046.80			383.94

OBSERVATIONS :

Remboursement complémentaire.

*voir clause « Protection des données personnelles »au verso



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : GROUPE SCOLAIRE EL BILIA D ANFA SARL
NOM DE L'ASSURE : SABILE FATIHA
BENEFICIAIRE : SABILE FATIHA
DECLARATION N° : 21331045 /

/ 1039765

CONTRAT N° 9106 60 / 659003
CERTIFICAT N° 7176517 MATRICULE 7176517
DATE DE LA DECLARATION : 03/11/2022
DATE DE REMBOURSEMENT : 04/01/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation specialiste	250.00	105.00	250.00		90%	145.00
13	Analyses medicales	560.00	385.00	560.00	500	90	175.00
15	Pharmacie	236.80	165.76	236.80		90%	63.94
TOTAUX		1046.80	655.76	1046.80			383.94

OBSERVATIONS :

Remboursement complémentaire.

*voir clause « Protection des données personnelles »au verso

CLAUSE " Protection des données personnelles "

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

CLAUSE " Protection des données personnelles "

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

 الصنف الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة * Entente préalable * تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم Réf. - 610-1-02
---	--	-----------------------------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : خاص بالمؤمن له (لها)

رقم التسجيل : N° Immatriculation : ١٦٦٦٩١٣٣٥

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : ٣٤٥٨٥٨٨٧

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint نوج Enfant ابن

العنوان : Adresse : N° ٥٥ Bd oued EL Malek oulfa CASA

مبلغ المصارييف : Montant des frais : درهم ١٠٤٦,٨٠ Dhs

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : ٤

تصريح الطبيب المعالج : Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات : Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : SABILE FATHIA

تاريخ الإزدياد : Date de naissance : ١٤٥١١٢١١٩٦٨

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : ٣٤٥٨٥٨٨٧

الجنس : Sexe : M ذكر أنثى

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفى : INPE et code à barres : INPE: 091039412

Médecin traitant الطبيب المعالج Dr. CARIOU - BADIO Jocelyne ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. 24 Aout Maârif - CASABLANCA	Etablissement de soins المؤسسة العالجة Casablanca
--	---

نوع العلاجات : Type de soins*

Hospitalisation استشفاء أمنومية Accident حادثة Maladie مرض

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Dr. CARIOU - BADIO Jocelyne ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. 24 Aout Maârif - CASABLANCA	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je shéde b'ssahha kll mazkr al-ula'a Dr. CARIOU - BADIO Jocelyne ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. 24 Aout Maârif - CASABLANCA
---	---

- لأشطب الخانة المناسبة -
 - * Cocher la mention utile pour chaque case
 - ** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	الملبغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
03.11.22	C	-	8	Dr. CARIOU - BELQADI Joss ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Dr Anzarane Maârif - CASABLANCA	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
23.11.22	A	→	256,00	Dr. CARIOU - BELQADI Joss ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Dr Anzarane Maârif - CASABLANCA	
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

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	الملبغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإحياء، الأشعة والصور				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	الملبغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة (والإحيائي) Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
03.11.22	B500	→ 1,10	560 Dhs	Dr. CARIOU - BELQADI Joss ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Dr Anzarane Maârif - CASABLANCA
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				093002863
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23/11/22	236,00	S. Chraibi Docteur en 55, Av. Ouedzai Tel / Fax : 05 CASABLANCA ICE : 001541463000057
INPE : 092008549		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريوا بلقاضي جووبيل
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

نº SABICE Totila

Casablanca, le : 03.11.22

TSHs
Thyroglobuline

BIR ANZARANE - Résidence RAMZI



119، شارع بئر انزان - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

M^{me} SABIVE Fatima

Casablanca, le : 23/11/22

13,66 X 2

6,80 X 2 LE ROTHY 50 et 25

(SV)

(AS)

1cp 50 + 1cp 25 75 µg - 1 mois

PM) 1cp 50 + 1cp 25 87,5 µg - 4 mois

61,80 AV 40 mg/dl
X2 1/4 volue du soir - 4 mois

(SV)

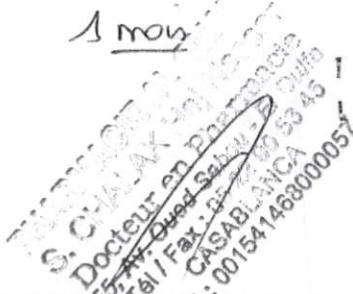
49,60 Dans l'actuel état / 2 mois (mois 12-02).

(AS)

63,20 STrenom 1 gelule matin - 1 gelule soir
1 mois

(SV)

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGISTE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA



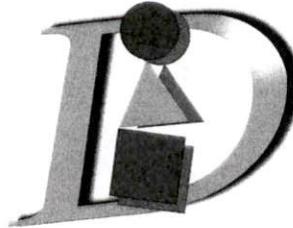
119, شارع بير أنزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيغريول 000 100 وحدة دولية
فيتامين D3



محلول زيتى للشرب

EXP: 08/2025
LOT: 22H01
PPV: 49,60 DH

Lot : 3619
Mfg: 05 2022
EXP.: 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



PER: 09 2024
LOT: 21E0014

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



PER: 04 2025
LOT: 22E002

Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80

Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



مختبر التحاليل الطبية الرگراچي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI
Biologiste Diplomé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand

FACTURE N° : 2211032016

Casablanca le 03-11-2022

Mme Fatiha SABILE

Date de l'examen : 03-11-2022

INPE :

Caisse : AMO



Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E	11.50 MAD
0163	TSH	B250	B	275.00 MAD
	THYROGLOBULINE	B250	B	275.00 MAD
			Total	561.50 MAD

TOTAL DOSSIER : 560DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante dirhams





S. MESTASSI
Biologiste Diplomé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 15-12-1968, âgé (e) de : 53 ans
Enregistré le: 03-11-2022 à 08:49
Édité le: 03-11-2022 à 11:04
Prélèvement : au labo
Le : 03-11-2022 à 08:54

Mme Fatiha SABILE

Référence : 2211032016

Prescrit par : Dr CARIOU BELQADI JOELLE

HORMONOLOGIE

Exploration thyroidienne

04-06-2022

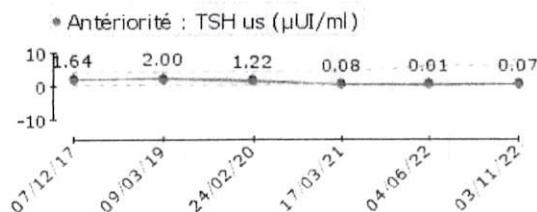
TSH us
(ECLIA/ Roche)

0.07 µUI/ml (0.30-5.90)

0.01

Traitement :
Posologie :

Lévothyrox
100µg



Résultat à confronter aux données cliniques, risque de valeurs faussement abaissées ou augmentées par interférence des auto-anticorps thyroïdiens et lors des traitements par carbamazépine ou phénytoïne. Interférence possible chez les patients traités par biotine (vitamine B7, B8 ou H) ou sous complément alimentaire contenant de la biotine.

Thyroglobuline us
(ECLIA / Roche)

0.31 ng/ml (1.40-78.00)

Valeurs de référence:

- population adulte : < 78 ng/ml

- patients thyroïdectomisés : <0.1 ng/ml

Chez les patients thyroïdectomisés, pour des valeurs se rapprochant du seuil de quantification, d'autres arguments, cliniques et thérapeutiques sont à considérer.

Le dosage de la thyroglobuline peut être influencé par la présence d'anticorps anti-Tg. Les résultats doivent être vérifiés à l'aide d'un dosage de ces anticorps.



Compte rendu imprimé en **recto verso** ; prière de tourner la page si nécessaire

Page 1 sur 1