

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4927 Société : RAM A783M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARFI SAID

Date de naissance : 12-11-1962

Adresse : 595 Bd EL OUDI

ANCHEK CRISTALICA

Tél. 0661667884 Total des frais engagés : 917E + 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2005

Nom et prénom du malade : MOUSTAFA BAIHIA Age : 43

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 : CASABLANCA

Le : 10/10/2005

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
05/09/23			40.0	<i>DR. Saadia ZAFAD</i> Hématologie - Oncologie Professeur Agrégée CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 49 GSM: 06 82 22 23 07

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	le 27/09/23	957.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Radiologie 01 60 77 50 34 Tél: 02 22 21 43 45	06/09/23	ECMO ADP relv.	600.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
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 مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

09 août 2023

Mme MONSSEF Bahia

ANAGRELIDE 0,5 MG

6 boites

(Médicament non disponible au Maroc)

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

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

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
91 2 01333 1
303 Square de dragon
91000 EVRY
Tel: 0160775034
Ordonnance: 27/09/23
Delivrance: 27/09/23
Vendeur: 1

Facture no : 198731
Malade :MONSEEF
25157 Bahia
00000 CASABLANCA
Medecin:ZAFAD SAADIA

Qte---P.unit-Cip-----Designation-----Base---Hon.--taux---Ordo--
6 157.80 3400930130308 ANAGRELIDE 0,5MG MYLAN GELULE 10 157.80 1.02 100% 000450047
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE 0.51 65%
HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE 3.57 65%

TOTAL GENERAL: 957.00 TOTAL ASSURE: 957.00
TOTAL R.O.: 0.00
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL



الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة

أمراض الدم

البالغين والأطفال

سرطان الطفل

زراعة النخاع

Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée

Hématologie Clinique

Adultes-Enfants

Oncologie pédiatrique

Greffé de Moelle

Casablanca, le.....

04 septembre 2023

MME MONSSEF BAHIA

Patiante suivie pour thrombocythémie essentielle

Echographie abdominopelvienne

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

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

Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

Diplômé de Paris Descartes

Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إخنساهم في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

• Scanner Multibandes

• Dentascanner - Panoramique Dentaire

• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale

• Echographie-Doppler Couleur

• IRM (Sur Rendez-Vous)

• Radiologie Interventionnelle : Scanner, Echographe, Sondeage)

• Radiologie Numérisée

• Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 09/10/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom MONSSEF BAHIA

Date d'examen : 06/09/2023

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
ECHOGRAPHIE ABDOMNOPELVienne femme	600,00 DH
NET A PAYER	600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DH

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30
Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43
E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

RC : 442995 - PATENTE : 34001560

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd Al Quods 697
Casablanca
Tel. 05 22 21 43 43
radiologiealquods@gmail.com



F A C T U R E

N° : 22992 / 2023 du 04/09/2023

Nom patient	MONSSEF BAHIA	Entrée	04/09/2023
	PAYANT	Sortie	04/09/2023

CONSULTATION PR ZAFA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	400,00
				Sous Total
				400,00
				Total Clinique
				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	400,00

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. Saâdia LARAI
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncoologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 4c

**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)

1 9 8 7 3 1

date 2 7 0 9 2 0 2 3

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)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 FOURNISSEUR

MR FATHALLA

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

Tel: 0160775034

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exercenom 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

2 7 0 9 2 0 2 3

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J M M A A A A

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**
(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

J J M M A A A A

AT/MP		numéro				PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES				ou	date			
Code	Code	Top	Libelle	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Nb	Mode	Indic.	Date	Date	Deb loc	Fin loc
tarification	Cip/Ippé	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.				
PH1	34009 3013030 8			6	157.80	946.80	ANAGRELIDE 0,5MG MYLAN							
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

PAIEMENTMONTANT TOTAL
en euros

9 5 7 0 0

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 et 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.

UCANSS - PARAGON CC - 20AC27 - 05/2022 - 20181842 - FSPHF 10-2014 S3115h

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.

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris



Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

اختصاصي في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

radiologiealquods@gmail.com

- IRM HAUT CHAMP (1,5 TESLA)
- Scanner Multibarrette
- Panoramique Dentaire

- Mammographie Numérisée
- Echographie Générale
- Echo-Doppler Couleur

- Dentascaner
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)

- Radiologie Numérisée
- Radio-Photo

Casablanca , le 06/09/2023

Patiene : MONSSEF BAHIA

Prescripteur: DR SAADIA ZAFAD

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

INDICATION :

56 ans suivi pour thrombocytémie essentielle.

RESULTAT :

A l'étage abdominal :

Le foie de taille normale de contours réguliers et d'échostructure homogène sans lésions focales visibles.

Pas de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

La vésicule biliaire est non distendue, à paroi fine et à contenu transsonore.

Le tronc porte et les veines sus-hépatique sont perméables.

Aspect échographique normal du pancréas.

La rate est augmentée de taille (flèche splénique = 18cm), de contours réguliers, d'échostructure homogène, sans lésion focale nettement visible.

Les deux reins sont en place de taille normale de contours réguliers présentant une bonne différentiation cortico-sinusale.

Absence d'adénopathie profonde.

Vessie en semi réplétion, apparaît sans anomalie pariétale ou endoluminale.

L'utérus est rétroversé, de contours réguliers, d'échostructure homogène.

La ligne de vacuité est libre.

Absence de masse utéro-annexielle nettement décelable.

Lame d'épanchement dans le cul de sac de Douglas.

CONCLUSION :

Aspect échographique en faveur d'une splénomégalie homogène.

Absence d'autre anomalie par ailleurs.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed Amine FATHALLAH

RADILOGIE AL QUODS
Bd al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 / 06 65 66 57 67 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com