

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-510243

Complaint

22854

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

U716

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

RAN

Rehate
Bloucrt Noumam

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Zineb NE sauvage

Age:

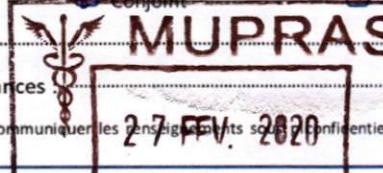
Lien de parenté :

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 un 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 : Benrechid

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[Diagramme d'un squelette dentaire avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.]				Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués

وصف العواليات المحرّاة

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé+ cotation NOAP	المبلغ المضور Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
٢٣/١٠/٢٠٢٥	٣٤٦٣٢		٣٦٠ (W)	Dr. Hassan El GHOMARI Spécialiste en Endocrinologie Diabetologie et Nutrition Abdelouahab Center Anti-obésité et Nutrition et Académie N° 313 - Casablanca - Tel: 06 22361114
INPE et code à Barres				

INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المتساعدين الحلبين

نوع العيادة Date des actes	نوع العيادة Code des actes	محل العمل Lettre clé de cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres _____					
INPE et code à Barres _____					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء الفنية والمحور

نوع العمليات Date des actes	رقم العمليات Code des actes	موجات التصويرات Lettre clé- cotation NGAP / NADM	المبلغ المدفوع Montant facturé	توقيع طبيب الأشعة أو الباطني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
23/01/2020			430,00	
INPE et code à Barres 1063202115014				
INPE et code à Barres 1063202115014				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توزيع وظائف الصيدلي أو 22 من التجارب

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Prix facturé	Date d'exécution
	152,70	23-08-2020
		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

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري**

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200292658019585

Emis à Casablanca le : 11/02/2020

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

ZINEDDINE SAMIRA
10 RUE EL FARABI YASSMINA
BERRECHID 2610

N° d'immatriculation : 165948930

Règlement du mois : 02/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZINEDDINE SAMIRA										
068102034	10/01/2020	CNP	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	60,00	1,00	1,00	60,00	70	42,00
068102034	10/01/2020	PH	PHARMACIE	258,30	258,30	1,00	1,00	258,30	70	180,81
068102034	10/01/2020	PHN	PHARMACIE	21,00	21,00	1,00	1,00	21,00	00	0,00
068102035	23/01/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
068102035	23/01/2020	B	BIOLOGIE	430,00	1,10	530,00	1,00	583,00	70	301,00
068102035	23/01/2020	PH	PHARMACIE	152,70	152,70	1,00	1,00	152,70	70	106,89
Total remboursé pour SAMIRA										735,70
Total général remboursé										735,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام

Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : jeudi 30 janvier 2020 التاریخ:
Heure : 14 h 50 UTC المساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

ZINEDDINE SAMIRA
10 RUE EL FARABI YASSMINA
26100
BERRECHID



68102035

N° CNSS	165948930	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE484086	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	882.7 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	9 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	ZINEDDINE SAMIRA	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً للمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين توجه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

www.cnss.ma

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

www.cnss.ma/Portail/

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

أو الاتصال بالمحبب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الfax

الfax

05 22 33 62 07

Tél

BERRECHID

ville

Bd Mohamed V, 14 et 15 lot

Al Yousr

العنوان

Adresse

BERCHID

وكالة

Agence

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التنفسية والنمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
蒙特利爾 - كندا

Casablanca, le : 23.01.2020 الدار البيضاء، في:

Mme ZINEDDINE Samira

24,40

1.5

LEVOOTHYROX 100

6,80 1 Cp/j le matin 30 min avant le repas pendant 6 mois

LEVOOTHYROX 25

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas pendant 6 mois

MANIEZ 24

1 gel matin

1 gel le soir pendant 2 Mois

40,10 x 3

TARDYFERON 80 MG

1 cp / j pendant 3 Mois

AS

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNOU ABBAD
MAY Yasmina
Tél: 05 22 86 14 14

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N°313 - Casa - Tel: 05 22 86 14 14

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N°313 - Casablanca
الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



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

7862160335



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV: 40 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV: 40,50 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV: 40,50 DH

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري
أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية والنمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 23.10.2006 الدار البيضاء، في :

Mme ZINEBOUINE SAMIRA

Famé - 6j
Fente névrite

TSHus.

Dr. HASSAN EL GHOMARI
Le Recepteur

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tél: 05 22 86 14 14

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنواول وشانع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Adelmouen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmouen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca
الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr
N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

CEXTO.θ.Ο ΘΖΖ.Ε ΙΣΤ.Χ.ΜΕΝ ΕΕΞΘΘΖΖ.

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT.
Médecin Biogiste

Pvt du: 23/01/2020 à 8:47

Mme ZINEDDINE Samira

Edition du : 23/01/2020

Né(e) le : 13/10/1967

Dossier N° : 230120-024

Page : 1/1

BIOCHIMIE (BECKMAN COULTER AU 480)

Glycémie à jeun
(Technique : HK G6P-DH)

: 0,82 g/L
4,55 mmol/L

Valeurs Usuelles

Antériorité

(0,7 - 1,1)
(3,89 - 6,11)

HORMONOLOGIE (ACCESS II)

Ferritinémie

(Technique : Chimiluminescence (ACCESS II))

: 12,30 ng/mL

Valeurs Usuelles

Antériorité

valeurs usuelles :
Nouveau né : 50 à 400 ng/ml
1 à 2 mois : 90 à 500 ng/ml
3 à 4 mois : 40 à 250 ng/ml
6 mois à 16 ans : 20 à 200 ng/ml
Homme : 30 à 300 ng/ml
Femme < 50 ans : 20 à 150 ng/ml
Femme ménoposée : 15 à 200 ng/ml

TSH-us : Thyréostimuline-Hormone : 0,138 μUI/ml 0,356 (04/01/20)

Interprétation:

Adultes : 0.27 - 4.9
0 - 3 jours : 5.17 - 14.6
4 - 20 jours : 0.43 - 16.1
2 - 12 mois : 0.62 - 8.05
2 - 6 Ans : 0.54 - 4.53
7 - 11 Ans : 0.66 - 4.14

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT
Lot EL Youssef II N°12 Berrechid
Lot EL Youssef II N°12 Berrechid

N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue Mouqawama, à côté de BMCE bank, BERRECHID

📞 05.22.51.77.81 . E-mail : laboratoiresekkat@gmail.com

Urgences: 06.25.63.42.71

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biogiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 20-0616

Patient : Mme ZINEDDINE Samira

Edité le : 23/01/2020

Date prélèvement : 23/01/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30	30,00
Ferritinémie	250	250,00
TSH-us : Thyréostimuline-Hormone	250	250,00
Total B	530	530,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		430,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cent trente dirhams***

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le