

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

## 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.

## Prothétique :

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

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 : N° P19- 0014854

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAHDWIYAH ABDE Date de naissance 01.01.52

Adresse : 29 Rue Ben Youssef RAMAN

Tél. 06 22 90 90 84 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : FAZIETI HANNA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Ophtalmie

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 : Le 01/01/2010 Le : 01/01/2010

Signature de l'adhérent(e) : Signature

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014854

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
18/08/2020	Ca		15000	Dr. M. S. M. Diabedoussus

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/12	52.01
	15/05/12	67.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	15/05/2020	B	225,00
		ECHO	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHÉRENT

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

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'ICD.

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

LOT 191189  
EXP 04/2022  
PPV 30.00DH

مصحة  
POLYCLINIC

الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger



درب غلف  
DERB GHALLEF

ORDONNANCE

Dr. FARHAT HAÏMA :  
Le 11/10/2020

30 ~~Metformin 200 mg~~

Acg 47 15 p d'08 jours

28. N. ~~Metformin 200 mg~~

Dr. FARHAT HAÏMA  
Médecin Endocrinologue  
Diabetologue

PHARMACIE EL HILAL  
LAAPONDI Sidi  
77, Rue El Bachir Laâlaj  
Cité Plateaux Casablanca  
TEL: 0522 25 96 08 - ICE: 0915 100 007

Signature

LOT : 7055  
UT. AV : 12-22  
P.P.V : 22 DH00

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 05 22 86 42 05 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



DRB

وصمة  
ORDONNANCE



144 FARitti HALiqa:  
Le 12/10/12

Dr'Nou SCOURYAN Nadia  
Médecin Endocrinologue  
Diabatologue

— Thyroïde palpable

Effilee thyroïde

Dr'Nou SCOURYAN Nadia  
Médecin Endocrinologue  
Diabatologue

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Dr M'HAMED FARHAT  
Le 12/07/20

- TS Thys

Hor 090915

Dr M'HAMED FARHAT  
Medecin Endocrinologue  
Diabetologue

فَيَأْتِيَ الْفَقْطَعُ

عن طريق

ناعملها بانتباها قبل استعمال هذا الدواء، لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة إلى

فترة الحمل، الاشتراك بين المفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التسرق لا يشأ إليه خلال فتره الحمل، في الواقع، المفوتيروكس يتجاوز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تتجاوزها بسهولة، لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوي هذه التسريبات:

- ١ - ماهو ليغونيروكس قرص قبل القطع و ما هي حالات استعماله؟

٢ - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليغونيروكس قرص قبل القطع؟

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

6 118001 102013



7862160336

قبل القطع

عن طريق الفم

لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك  
لأنها بانتباٰه قبل استعمال هذا الدواء. لا  
تاتي المقاومة من جدید  
أي، أسلال طبییک أو صیدلیک  
صیب. لا تعطیه لأحد سواك، حتى ولو  
كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد یسبب له الضرر  
لأنه، تحدث مع طبییک أو صیدلیک. وهذا ینطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذکورة في  
هذه النشرة.

فترة الحمل.

الاشتراك بين ليفوثيروكسين من مضادات الغدة الدرقية في علاج  
فترط التشرق لا يشار إليه خلال فترات الحمل. في الواقع،  
ليفوثيروكسين يمتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات  
الغدة الدرقية تمتاز بها بسهولة. لهذا قد یؤدي إلى خطورة

تحتوى هذه النشرة:

- ما هو ليفوثيروكسين قرص قبل القطع وما هي حالات استعماله؟
- ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكسين قرص قبل القطع؟

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

6 118001 102013



7862160336

قبل القطع

عن طريق الفم

لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك  
لأنها بانتباٰه قبل استعمال هذا الدواء. لا  
تاتي المقاومة من جدید  
أي، أسلال طبییک أو صیدلیک  
صیب. لا تعطیه لأحد سواك، حتى ولو  
كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر  
لأنها، تحدث مع طبییک أو صیدلیک. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذکورة في  
هذه النشرة.

فترة الحمل.

الاشتراك بين ليفوثيروكسين من مضادات الغدة الدرقية في علاج  
فترط التشرق لا يشار إليه خلال فترات الحمل. في الواقع،  
ليفوثيروكسين يمتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات  
الغدة الدرقية تمتاز بها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوى هذه النشرة:

- ما هو ليفوثيروكسين قرص قبل القطع وما هي حالات استعماله؟
- ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكسين قرص قبل القطع؟

فَيَأْتِيَ الْفَقْطَعُ

عن طريق الله

ناعملها بانتباها قبل استعمال هذا الدواء، لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة إلى

فترة الحمل، الاشتراك بين المفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التسرق لا يشأ إليه خلال فتره الحمل، في الواقع، المفوتيروكس يتجاوز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تتجاوزها بسهولة، لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحوي هذه التسرا

- ١- ما هو ليغورنر وكس قرص قبل القطع وما هي حالات استعماله؟
  - ٢- ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليغورنر وكس قرص قبل القطع؟

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

6 118001 102013



7862160336

قبل القطع

عن طريق الفم

لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك  
لأنها بانتباٰه قبل استعمال هذا الدواء. لا  
تاتي المقاومة من جدید  
أي، أسلال طبییک أو صیدلیک  
صیب. لا تعطیه لأحد سواك، حتى ولو  
كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر  
لأنها، تحدث مع طبییک أو صیدلیک. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذکورة في  
هذه النشرة.

فترة الحمل.

الاشتراك بين ليفوثيروكسين من مضادات الغدة الدرقية في علاج  
فترط التشرق لا يشار إليه خلال فترات الحمل. في الواقع،  
ليفوثيروكسين يمتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات  
الغدة الدرقية تمتاز بها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوى هذه النشرة:

- ما هو ليفوثيروكسين قرص قبل القطع وما هي حالات استعماله؟
- ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكسين قرص قبل القطع؟

N° IPP :	1143485	N° SEJOUR :	200026535	<b>FACTURE N° 2004000975</b>			DATE D'ENTREE :	15/05/2020	DATE DE SORTIE :	15/05/2020
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	FARIHI, Halima			UF:	5004 LABORATOIRE		FARIHI, Halima			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	250.00	1.10	275.00					0.00	275.00
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES.				TOTAUX :	275.00					275.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :	275.00					
DATE FACTURE : 15/05/2020		EDITEE LE : 15/05/2020		PAR: ZBIRY		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>				
VISA						DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1143485	N° SEJOUR :	200026534	<b>FACTURE N° 2003002658</b>				DATE D'ENTREE :		15/05/2020	DATE DE SORTIE :		15/05/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		FARIHI, Halima				
MALADE : FARIHI, Halima				UF: 5003 RADIOLOGIE										
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :										
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
									% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE		ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00		200.00					0.00	200.00

Intervenant : 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE				TOTALS :		200.00							200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :								ACOMPTE :		
DEUX CENTS DHS				REMISE :		0.00	RÈGLE :					AVOIR :		
				RESTE DU:		200.00								
DATE FACTURE : 15/05/2020				EDITEE LE : 15/05/2020		PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :								DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de :								POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
BANQUE :								BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
N° compte bancaire :								011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1143241	N° SEJOUR : 200026192	FACTURE N° 2005016291				DATE D'ENTREE : 12/05/2020 DATE DE SORTIE : 12/05/2020				
ASSURE : FARHI	MALADE : FALIHI, Halima					UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : FALIHI, Halima
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	C2	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION SPECIALISTE										

Intervenant : 07092006 DR IBNOUSOUFYANE NADIA (ENDOCRINOLOGUE) TOTAUX : 150.00										150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :	150.00					
DATE FACTURE : 12/05/2020 EDITEE LE : 12/05/2020 PAR: ZBIRY				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE : DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE  
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 15-05-2020 à 10:55

Code patient : 2005150009

Né(e) le : ()

IPP : 1143485



Mme FARIHI Halima

Dossier N° : 2005150009

Prescripteur :

EXTERNE

BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH)

6.11 mUI/L

(0.27-4.20)

Validé par : TAOULALLOU Mouna

POLYCLINIQUE CNSS  
SERVCE LABORATOIRE  
DRB GHALLEF



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

Casablanca le: 15/05/2020

Patient (e) : FARIHI HALIMA

### ECHOGRAPHIE CERVICALE

#### RESULTAT :

Glande thyroïde de volume normal, d'échostructure homogène, normo vascularisée au Doppler couleur.

Dimensions :

- Lobe gauche : 16x14x35 mm
- Lobe droit : 15x17x42 mm
- Isthme : 3,7 mm

Nodule lobaire inférieur droit hypoéchogène, grossièrement arrondie mesurant 4 mm de diamètre, sans signal doppler en son sein (EU TIRADS 4).

Nodule hyperéchogène lobaire inférieur droit de 9x5 mm (EU TIRADS 3).

Glandes sous maxillaires d'aspect normal.

Axes vasculaires libres.

Absence d'adénopathie cervicale de taille significative.

#### CONCLUSION :

Deux nodules thyroïdiens lobaires inférieurs droits dont le plus péjoratif est classé EU TIRADS 4.

A confronter au reste du bilan.

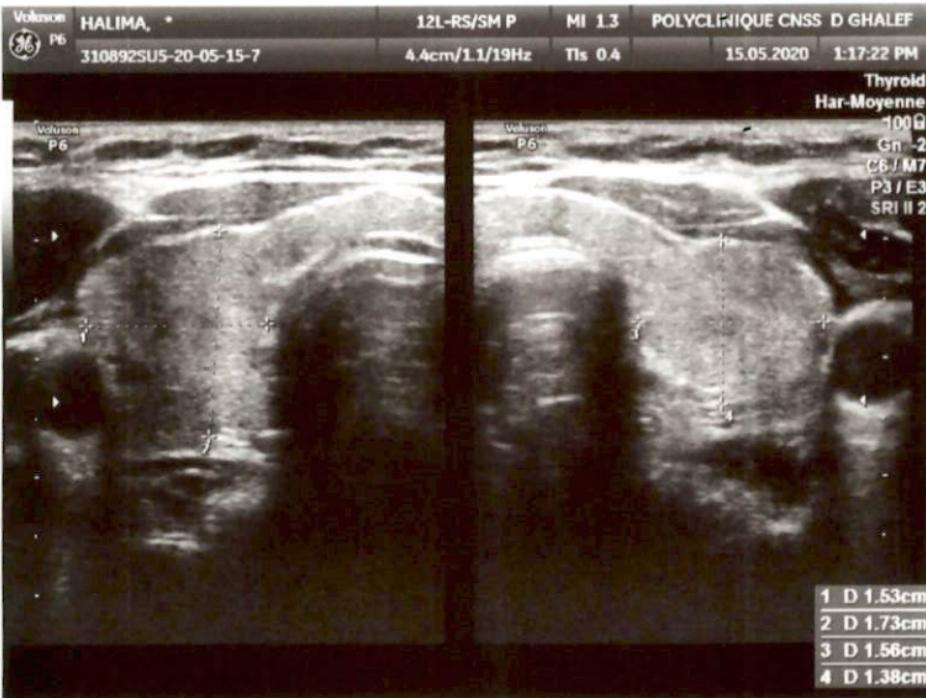
Dr. HASSEN  
RADIO  
INPE  
DR HASSEN  
86148

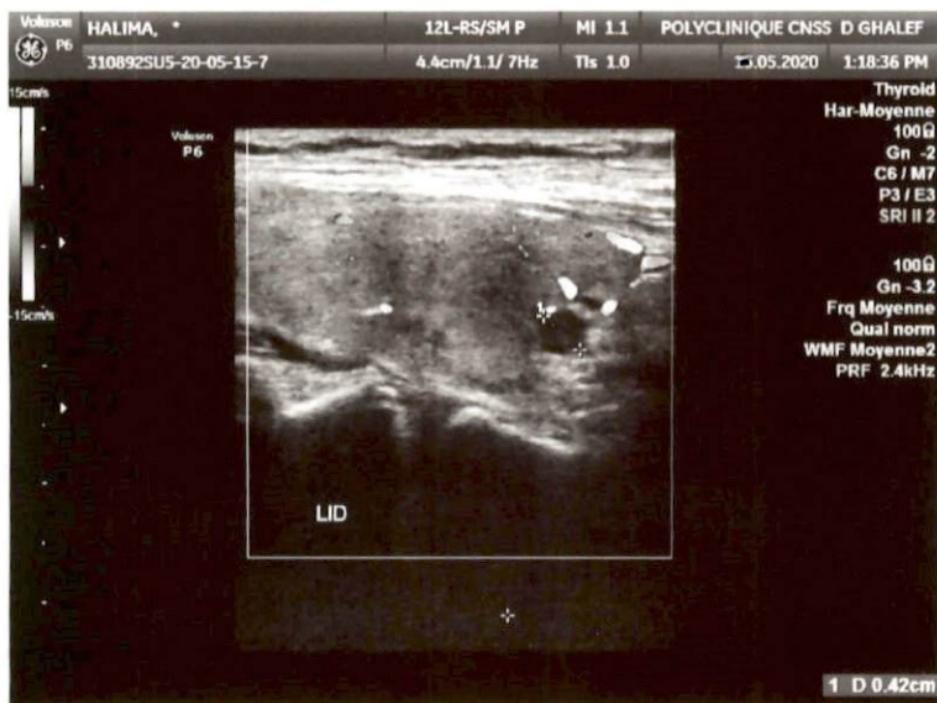
I.R.M  
(1.5 Tesla)

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)





Voluson  
P6

HALIMA, \*

310892SU5-20-05-15-7

12L-RS/SM P

MI 1.3

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/1.1/19Hz

TIs 0.4

15.05.2020

1:19:35 PM

Thyroid  
Har-Moyenne

100mm

Gn -2

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2

Voluson  
P6

HALIMA, \*

310892SU5-20-05-15-7

12L-RS/SM P

MI 1.3

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/1.1/19Hz

TIs 0.4

15.05.2020

1:19:08 PM

Thyroid  
Har-Moyenne

100mm

Gn -2

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2



1 D 3.49cm

Voluson  
P6

HALIMA, \*

310892SU5-20-05-15-7

12L-RS/SM P

MI 1.3

POLYCLINIQUE CNSS D GHALEF

4.4cm/1.1/19Hz

TIs 0.4

15.05.2020

1:18:53 PM

Thyroid  
Har-Moyenne

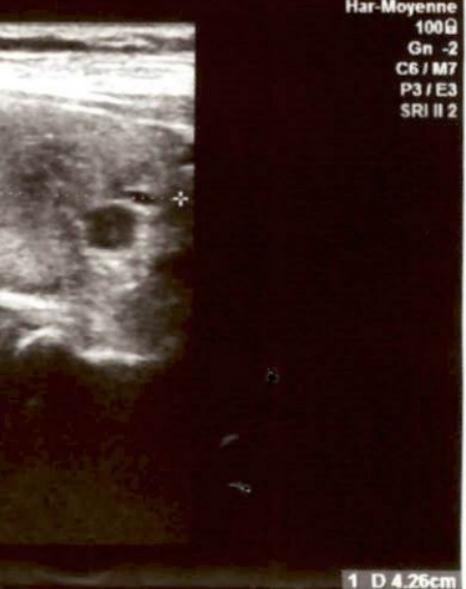
100mm

Gn -2

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2



LID

1 D 4.26cm