

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

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



ND: 28424

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 : LAHOUARY ABDE Date de naissance : 01.01.52
Adresse : 29 Rue Bengoussi RRAMAN Hay Soukha
Tél. 06 27 90 9084 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : PARITHI MAHIA Age : 52

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 10.05.20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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 :

RELEVÉ 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
12/05/12	C2		159,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/12	52,00
	15/05/12	67,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/05/12	B	275,00
	20/05/12	ECHO	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVÉ 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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

LOT 191189
EXP 04/2022
PPV 30.00DH

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

الجمعية الاجتماعية
الطبية - المصحة
CNSS
Le devoir de vous protéger

ORDONNANCE

Mr FARIH HADJIA :
Le 11/01/20

30 halpam 200mg

15 p d o 8 jours

22.11 - cedes 20 r

Dr. Youssef El Hail
Medecin Expert en Diabétiologie

PHARMACIE EL HILAL
LAABOU DI SEWA
77, Rue Al Bahrin Laâlalaj
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 0915180400

5200



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



وصفة
ORDONNANCE



FA RIMI HAU'ADIA
15/07/20

Dr IBRAHIM SOUFYANE Nadia
Médecin Endocrinologue
Diabétologue

Le diabète

Le diabète type 1



112 mg 15 mg

13.4 mg

puis

1 mg 15 mg

67.2 mg

puis

1 mg + 112 mg 15 mg

PHARMACIE EL HILAL
Dr IBRAHIM SOUFYANE Nadia
77 Rue Al Bahr Laalaj
Cite Plateau - Casablanca
Tél 0522 25 96 00

112 mg 15 mg

Dr IBRAHIM SOUFYANE Nadia
Médecin Endocrinologue
Diabétologue



وصفة
ORDONNANCE



14 FARITI HALIMA:

Le 12/05/20

Dr PRINOU SOUYANE Nadia
Medecin Endocrinologue
Diabétologue

Thyroïde palpable

Echographie thyroïde

Dr PRINOU SOUYANE Nadia
Medecin Endocrinologue
Diabétologue

وصفة
ORDONNANCE



Mr. FARHI Le 12/10/20.

— TSH —

Hor 000015

Dr. SOUYANE Madi
Medecin Endocrinologue
Diabétologue

MERCK



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

7862160336

قابل للقطع

عن طريق الفم

لأمها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

حاج لقرائها من جديد
 ي، اسأل طبيبك أو صيدليك
 نصيباً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 لانيّة، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة

فترة الحمل.
 الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج
 فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع،
 ليفوثيروكس يجتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات
 الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟

MERCK



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

7862160336

قابل للقطع

عن طريق الفم

لأمها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

حاج لقرائها من جديد
ي، اسأل طبيبك أو صيدليك
نصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
لأنيبة، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج
فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع،
ليفوثيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات
الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟

MERCK



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

7862160336

قابل للقطع

عن طريق الفم

لأمها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

حاج لقرائها من جديد
ي، اسأل طبيبك أو صيدليك
نصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
لانية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج
فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع،
ليفوثيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات
الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟

MERCK



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

7862160336

قابل للقطع

عن طريق الفم

لأمها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

حاج لقرائها من جديد
 ي، اسأل طبيبك أو صيدليك
 نصيباً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 لانيّة، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة

فترة الحمل.
 الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج
 فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع،
 ليفوثيروكس يجتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات
 الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟

MERCK



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

7862160336

قابل للقطع

عن طريق الفم

لأمها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

حاج لقرائها من جديد
 ي، اسأل طبيبك أو صيدليك
 نصيباً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
 لانيّة، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة

فترة الحمل.
 الاشتراك بين ليفوثيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج
 فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع،
 ليفوثيروكس يجتاز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات
 الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوثيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع؟

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
NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1143485		N° SEJOUR : 200026535		FACTURE N° 2004000975		DATE D'ENTREE : 15/05/2020		DATE DE SORTIE : 15/05/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE : FARIHI, Halima								
MALADE : FARIHI, Halima												
NOM JEUNE FILLE :												
TIERS PAYANT 1 :												
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :								
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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		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 : 1143485	N° SEJOUR : 200026534	FACTURE N° 2003002658		DATE D'ENTREE : 15/05/2020		DATE DE SORTIE : 15/05/2020					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : FARIHI, Halima							
MALADE : FARIHI, Halima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIRS PAYANT 1 :											
TIRS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	

Intervenant : 01072019 DR HASSEN SAMAH RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
DEUX CENTS DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			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 :			
			Réglement 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: FARIHI				DESTINATAIRE: FALHI Halima FARIHI						
MALADE: FALHI Halima		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE:		N° IMMAT C.N.S.S:								
TIERS PAYANT 1:		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:								
TIERS PAYANT 2:										
REF. PC 1:		REF. PC 2:		N° SE. SOC. ETRANG.:						
NATURE DE PRESTATION	LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION SPECIALISTE	C2	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

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 : TAOUALLOU Mouna





INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

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.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Dr. HASSEN
RADIOLOGUE
INPE: 090001512
05 22 86 148

Thyroid
Har-Moyenne

100Ω

Gn -2

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2



1 D 1.53cm

2 D 1.73cm

3 D 1.56cm

4 D 1.38cm

Thyroid
Har-Moyenne

100Ω

Gn -6

C6 / M7

P3 / E3

SRI II 2



1 D 0.37cm



