

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Educations :

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.

## Maladie :

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- 059758 *De compte*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11413 Société : R.A.M  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Fouinika Ahmed  
Date de naissance : 02/05/1967  
Adresse : 05 Rue gharb - Immu Mohammedia  
Tél. : del 354186 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nom et prénom du malade : Lakouch Saadia Age : 52 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : De compte  
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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

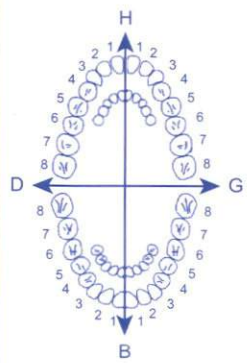
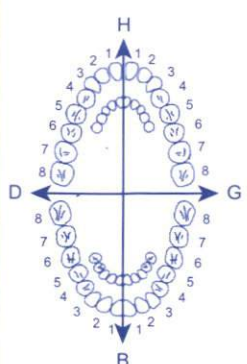
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



rélevement du : 22/08/2020

Heure : 08:54

dition du : 22/08/2020

ode Patient 00006735

atricule :



Référence 50822T2373

du : 22/08/2020

Mme LAKHOUC SAADIA EP ZOUINKA

Médecin: Dr.

BIOCHIMIE  
EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Urée..... :	<b>0.36</b>	g/l (0.15 à 0.45)	
Créatinine..... :	<b>8.6</b>	mg/l (6.0 à 12.0)	
Lipase..... :	<b>18</b>	UI/l (< à 60)	
Transaminases - SGOT..... :	<b>27</b>	UI/l (< à 45)	
- SGPT..... :	<b>22</b>	UI/l (< à 50)	
Gamma G.T..... :	<b>14</b>	UI/l (6 à 50)	
Phosphatases Alcalines..... :	<b>81</b>	UI/l (75 à 279)	

HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
aux de prothrombine..... :	<b>100</b>	% (70 à 100)	
emps de Céphaline + Activateur			
Témoin..... :	<b>32</b>	sec	
Patient..... :	<b>28</b>	sec	
Rapport Patient/Témoin..... :	<b>0.88</b>	(< à 1.20)	

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
3 Bd. Med. V - Mohammédia  
Tél : 05 23 30 40 30

# مختبر اعماراء للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

rèlevement du : 22/08/2020

Heure : 08:54

dition du : 22/08/2020

ode Patient 00006735

latricule :



Référence 50822T2373

du : 22/08/2020

Mme LAKHOUC SAADIA EP ZOUINKA

Médecin: Dr.

### HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
<b>NUMERATION GLOBULAIRE</b>			
Globules rouges.....:	<b>4.6</b>	M/ $\mu$ l	(3.8 à 5.8)
Hémoglobine.....:	<b>12.7</b>	g/dl	(11.5 à 16.5)
Hématocrite.....:	<b>40</b>	%	(35 à 47)
V.G.M.....:	<b>87</b>	fl	(85 à 100)
T.C.M.H.....:	<b>28</b>	pg	(27 à 32)
C.C.M.H.....:	<b>32</b>	%	(32 à 36)
Globules blancs.....:	<b>6100</b>	/ $\mu$ l	(4.000 à 11.000)
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>			
Polynucléaires Neutrophiles.....:	<b>45</b>	%	
soit.....:	<b>2745</b>	/ $\mu$ l	(2000 à 7500)
Lymphocytes.....:	<b>43</b>	%	
soit.....:	<b>2623</b>	/ $\mu$ l	(1500 à 4000)
Monocytes.....:	<b>10</b>	%	
soit.....:	<b>610</b>	/ $\mu$ l	(200 à 800)
Polynucléaires Eosinophiles.....:	<b>2</b>	%	
soit.....:	<b>122</b>	/ $\mu$ l	(< à 400)
Polynucléaires Basophiles.....:	<b>0</b>	%	
soit.....:	<b>0</b>	/ $\mu$ l	(< à 400)
Plaquettes.....:	<b>196.000</b>	/ $\mu$ l	150.000/450.000

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
Bd. Med. V - Mohammedia  
Tél. : 05 23 30 40 30

**LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES**

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **50822373**

Analyses effectuées le: 22/08/2020

Pour.....: **Mme LAKHOUC SAADIA EP ZOUINKA**

Sur prescription du: Dr

Code.....: 00006735



Organisme.....:

**Bilan:**

NFS PQ TP TCK UREE CREAT GGT PAL TGO  
TGP LIPAS

Cotation : (B 520 )

**Montant Net :** 721.80 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**SEPT CENT VINGT UN Dhs 80 Cts**

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
1 Bd. Med V - Mohammedie  
TEL : 05 23 30 40 30

**Mohammedia le 22/08/2020**

**Cabinet de radiologie**

**Dr Bensaid Fouad**

**ICE : 001923053000020**

**I.F : 54700400**

**7, Bd Hassan II Mohammedia**

**Tél/Fax : 05-23-31-39-39**

**Facture N°**

**: 2472/20**

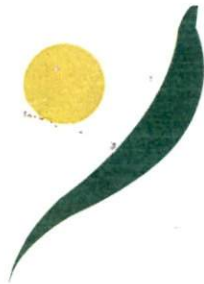
**Mme**

**: Lakhouch Saadia**

**Arrêter la présente facture a la somme de  
Quatre cent Dirhams 400 DH/TTC  
Pour Echographie abdominale**







مصحة ميموزا - المحمدية  
Clinique Les Mimosas - Mohammedia

المحمدية في: Mohammedia, le: 19/08/20

Nom et Prénom: Mme L. Khyat Sedat

Faire 1 Echographie  
Abdominale

CLINIQUE LES MIMOSAS  
DIRECTION  
BD HASSAN II LA SIESTA N°4 MOHAMMEDIA  
TEL 05 23 32 80 80 / 05 23 32 81 81  
IF 15231154 ITP 39573591

CABINET DE RADIOLOGIE  
DR. BENSAÏD FOUAD  
7 Bd Hassan II / Résidence la Siesta  
Mohammedia - Tél: 05 23 32 80 80  
Dr. Adel BOUSSABIT  
Chirurgien  
73 Bd de La Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - Casablanca  
TEL: 05 22 03 63 20



مصحة ميموزا - الحمديّة  
Clinique Les Mimosas - Mohammedia

Mohammedia, le: 19/8/20 الحمديّة في

Nom Prénom:

Amel Lakhouf Saoudi

☒ NFS - Plaquettes

☐ Sérologie Hépatite B/C

☐ Groupage Sanguin

☐ Glycémie à jeûn

☒ TP - TCK

☒ Urée - Créatinémie

☐ C.R.P



Vit. phosphates et autres  
Troubles mineurs, Lipides

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
Bd. Med. V - Mohammedia  
Tél. : 05 23 30 40 30

CLINIQUE LES MIMOSAS  
DIRECTION  
BD HASSAN II LA SIESTA N°4 MOHAMMEDIA  
TEL 05 23 32 80 80 / 05 23 32 81 81  
IF 15234154 / R.P. 39573591

Dr. Adel BOUSSABIR  
Chirurgien  
73, BD de La Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - Casablanca  
TEL : 05 22 63 63 20




Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
22.08.20	E20		4000		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
22/08/20	D520		721.80		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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



06 61 81 04 58

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض <b>Feuille de Soins Maladie</b></p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
<p>* موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ * Exécution *</p>	<p>رجع رقم 610-1-02 Réf. 610-1-02</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن ته ( لها )

Nom et prénom : **LAKHOUCH SAADIA** : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : **1116744543** : رقم التسجيل

N° CIN : **1971342** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) \*

Conjoint ☐ زوج      Enfant ☐ ابن

Adresse :   : العنوان

Montant des frais : 1121,00 Dhs : مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : 01 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **LAKHOUCH SAADIA** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **LAKHOUCH SAADIA** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **26 03 1968** : تاريخ الازدياد

N° CIN : **1971342** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : ☒ M ذكر      ☐ F أنثى : الجنس \*

INPE et code à barres \*\*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر \*\*

<p><b>09 119 69 97</b></p> <p>Médecin traitant : الطبيب المعالج</p>	<p><b>1111111111111111</b></p> <p>Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية</p>
---	---

Type de soins \*

نوع العلاجات \*

Hospitalisation ☐ استشفاء      Maternité ☐ أمومة      Accident ☐ حادثة      Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Mohammed** : بـ

Le : **19 02 2020** : في

Fait à : **Mohammed** : بـ

Le : **19 02 2020** : في

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظوة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS\_Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333



Référence structurée : 201098913444785

Emis à Casablanca le : □□□□

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

LAKHOUC SAADIA  
RUE EL GHARB IMM TITANIC APPT 5  
MOHAMMEDIA 2880

N° d'immatriculation : 116744543

Règlement du mois : 10/2020

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 المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
LAKHOUC SAADIA										
081493665	26/08/2020	CG	MEDECIN	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
081493665	26/08/2020	B	SPECIALISTE	500,00	1,10	454,00	1,00	499,40	70	349,58
081493665	26/08/2020	PH	BIOLOGIE	151,80	151,00	1,00	1,00	151,00	70	105,70
070142183	19/08/2020	KE	PHARMACIE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70	140,00
070142183	19/08/2020	B	ETABLISSEMENT PRIVE	721,80	1,10	520,80	1,00	572,88	70	401,02
Total remboursé pour SAADIA										996,30
Total général remboursé										996,30

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان