

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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

Nº P19- 059758

Decompte

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11413 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : 53333
Nom & Prénom : Zouhaira Ahmed
Date de naissance : 02/05/1967
Adresse : 05 Rue Agbari Zemmoura
Mohammedia
Tél. : 066354186 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAKHOUCH Sraadha Age : 52 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Decompte

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) :



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

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

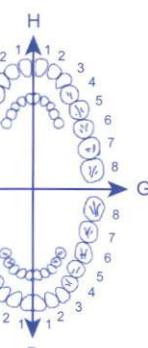
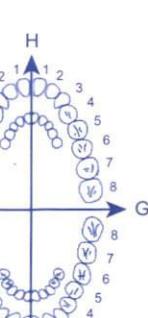
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

rélèvement du : 22/08/2020

Heure : 08:54

dition du : 22/08/2020

ode Patient : 00006735

atricule :



Référence 50822T2373 du : 22/08/2020

Mme LAKHOUCH SAADIA EP ZOUINKA

Médecin: Dr.

BIOCHIMIE
EXAMEN DE SANG

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

HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
taux de prothrombine.....	100	%	(70 à 100)
Temps de Céphaline + Activateur			
Témoin.....	32	sec	
Patient.....	28	sec	
Rapport Patient/Témoin.....	0.88		(< à 1.20)

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

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

rélevement du : 22/08/2020

Heure : 08:54

dition du : 22/08/2020

ode Patient : 00006735

latricole :

Référence 50822T2373 du : 22/08/2020

Mme LAKHOUCH SAADIA EP ZOUINKA

Médecin: Dr.



HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			
Globules rouges.....	4.6	M/ μ l	(3,8 à 5,8)
Hémoglobine.....	12.7	g/dl	(11,5 à 16,5)
Hématocrite	40	%	(35 à 47)
V.G.M	87	fl	(85 à 100)
T.C.M.H.....	28	pg	(27 à 32)
C.C.M.H.....	32	%	(32 à 36)
Globules blancs.....	6100	/ μ l	(4.000 à 11.000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles....	45	%	
soit.....	2745	/ μ l	(2000 à 7500)
Lymphocytes.....	43	%	
soit.....	2623	/ μ l	(1500 à 4000)
Monocytes	10	%	
soit.....	610	/ μ l	(200 à 800)
Polynucléaires Eosinophiles....	2	%	
soit.....	122	/ μ l	(< à 400)
Polynucléaires Basophiles.....	0	%	
soit.....	0	/ μ l	(< à 400)
Plaquettes.....	196.000	/ μ 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 LAKHOUCH 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
Bd.Mohammed V - Mohammed V
TEL : 05 23 30 40 30

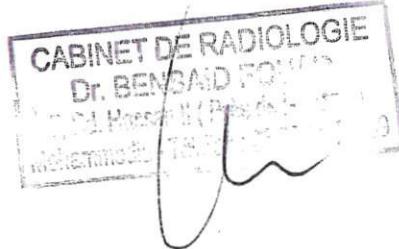
Mohammedia le 22/08/2020

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

Mohammedia, le: 19/8/20 المحمدية في:

Nom et Prénom:

Jane L'AKHVERD Serecky

faire 1 Echo graphie
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

Dr. Adel BOUSSABIR
73 BD de La Grande Ceinture
Hay Mohammadi - Casablanca
TEL: 05 22 03 63 20

Bd Hassan II, Mohammedia, la Siesta 4 - Tél.: 05 23 32 80 80 - 05 23 32 81 81



Mohammedia, le:

19/8/20

المحمدية في

Nom Prénom:

Julie LAKHOUF Sadiq

NFS - Plaquettes

Sérologie Hépatite B/C

Groupage Sanguin

Glycémie à jeûn

TP - TCK

Urée - Crétinémie

C.R.P

YGT, phosphates et calcium.
Transaminases, lipoprotéines.

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 TEL: 05 23 32 81 81

Dr. Adel BOUSSABIR
73 BD Chirurgien
Hay Mohammedia - Casablanca
TEL: 05 22 63 63 20

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الأحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
22.08.20	E60		4000Dhs	 	
INPE et code à Barres		22/08/20 0520		 	

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé		
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

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
13/02/20		C S	6	Dr. Adel BOUSSAID Chirurgien 73.BD de La Grande Centure Hay Mohammad Casabianca TEL : 05 22 63 63 20	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت 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

06 61 81 04 58

 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم
---	---	---------------------------------------	------------------------	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (نها)

Nom et prénom : **LAKHOUCH SAADIA** : الاسم العائلي والشخصي :N° Immatriculation : **116744543** : رقم التسجيل :

N° CIN :

T97343 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوجEnfant ابن

Adresse : العنوان :

Montant des frais : **1121/02** Dhs : مبلغ المصارييف :Nombre de pièces jointes : **64** : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **LAKHOUCH SAADIA** : الاسم العائلي والشخصي :Date de naissance : **26/08/1968** : تاريخ الازدياد :N° CIN: **1152343** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :Sexe : M ذكر F أنثى : الجنس :INPE et code à barres ** : **091196907** : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Type de soins *

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

نوع العلاجات

 Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

Fait à :

Le : **14/02/2021**توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه

بـ : في :

Hay Mohammed

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

بـ : في :

Hay Mohammed

نوع وظيفة الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accoller 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 داكار - الدار البيضاء م-2186 - الهاتف: 080 203 3333

CNSS_Place de DAKAR _ Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

أشطب الخانة المناسبة

Ref. ANAM : 12.01.01

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 201098913444785

Emis à Casablanca le : 00000

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 116744543
Règlement du mois : 10/2020
Mode de paiement : Virement

LAKHOUCH SAADIA
RUE EL GHARB IMM TITANIC APPT 5
MOHAMMEDIA 2880

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصروفات Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
LAKHOUCH SAADIA										
081493665	26/08/2020	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
081493665	26/08/2020	B	BIOLOGIE	500,00	1,10	454,00	1,00	499,40	70	349,58
081493665	26/08/2020	PH	PHARMACIE	151,80	151,00	1,00	1,00	151,00	70	105,70
070142183	19/08/2020	KE	ETABLISSEMENT PRIVE	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