

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0038709

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7797 Société : 133096

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMI ABDELMOVAINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OUMIL LATIFA Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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.

Signature : Le : / /

Intitulé : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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

### 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

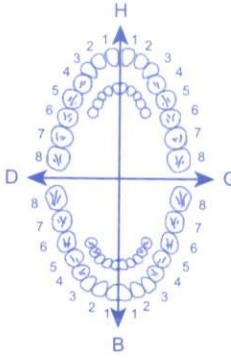
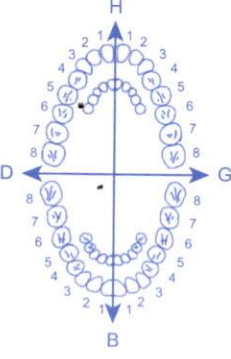
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
19/09/22			300,00		
INPE et code à Barres 01911170431					
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 المفوتر 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، 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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
20/09/22	B	B1060x1,34 TC+P-1,5	1450,00		
INPE et code à Barres INP-093003450					
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
19/09/22	425,000	
INF PHARMACIE C.I.L / INPE 092019538		
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



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>الجمهورية المغربية</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610-2-06
	<b>Référence structurée :</b> 220921973572706	<b>Emis à Casablanca</b> le :	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> OUMLIL LATIFA 72 RUE EL OUROUD APPT 28 HAY ERRAHA CASABLANCA 2020  N° d'immatriculation : 142704040 Règlement du mois : 09/2022 Mode de paiement : Virement		
<b>Informations :</b> <span style="float: right;"><b>معلومات :</b></span>			

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
OUMLIL LATIFA										
0891 78619	19/09/2022	CS	MME BENNANI MAHA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
0891 78619	19/09/2022	B	LABORATOIRE COMPLEXE SPORT	1 450,00	1,10	60,00	1,00	1 166,00	70	816,20
0891 78619	19/09/2022	PH	PHARMACIE CIL	45,80	45,80	1,00	1,00	45,80	70	32,06
0891 78619	19/09/2022	PHN	PHARMACIE CIL	380,10	124,20	1,00	1,00	124,20	00	0,00
<b>Total remboursé pour LATIFA</b>										<b>953,26</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>953,26</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

# Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

## الدكتورة مها بناني لاهلو

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

19 septembre 2022

Mme OUMLIL LATIFA

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

NFS

VS

TSH

VITAMINE D

Ferritinémie

LABORATOIRE DU COMPLET  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 13

Maha BENNANI LAHLOU  
Dermatologue Vénérologue  
Palais. Imm. E. 1<sup>er</sup> étage  
Yasmine Angle Bd Ghandi  
et Yacoub El Mansour Casa  
Tél 05 22 94 03 13



# Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحليلات الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

KEE 00294306700076

**Facture** 55085

INP:093003150

Le : 20/09/2022

Analyses effectuées le: 20/09/2022

Pour.....: **Mme OUMLIL LATIFA**

Sur prescription du : Dr maha bennani lahlou

Code.....: 0008523



Organisme.....:

## Bilan:

NFS=B80 VS=B30 TSH=B250 25OH=B450  
FERRI=B250

**Total : B 1060**

**Montant Net : 1450.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**MILLE QUATRE CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts**

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 05 22 39 53 73

🕒 Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30

☎ Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 ✉ [laboratoireducomplexe@gmail.com](mailto:laboratoireducomplexe@gmail.com)

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Maarif - Casablanca



# Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحليلات الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

Référence : 20920426

20/09/2022

Mme OUMLIL LATIFA



0008523

Médecin: Dr. maha bennani lahlou

## HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
Globules blancs.....	9400	/mm <sup>3</sup>	(5000 à 9500)	
Globules rouges.....	4.39	M/mm <sup>3</sup>	(4.0 à 5.0)	
Hémoglobine.....	13.1	g/dl	(11.5 à 15.0)	
Hématocrite .....	42	%	(37 à 47)	
V.G.M .....	96.	u3	(80 à 96)	
T.C.M.H.....	30.	pg	(27 à 32)	
C.C.M.H.....	31.	%	(31 à 36)	
Plaquettes .....	351	Milles/mm <sup>3</sup>	(150 à 400)	

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles..	43	%	(50 à 75)
Polynucléaires Eosinophiles..	2	%	(1 à 3)
Polynucléaires Basophiles...	0	%	(0 à 1)
Lymphocytes.....	50	%	(20 à 40)
Monocytes .....	5	%	(3 à 7)

VERIFICATION DE LA FORMULE : 100.

### Vitesse de Sédimentation

1ère Heure .....	24	mm	(2 à 10)
2ème heure.....	55	mm	(5 à 20)

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 73

🕒 Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30

☎ Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax. : 05 22 39 53 73 ✉ laboratoireducomplexe@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Maarif - Casablanca





Laboratoire d'analyses médicales du  
Complexe Sportif  
مختبر التحليلات الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

Référence : 20920426

20/09/2022

Mme OUMILIL LATIFA



Médecin: Dr. maha bennani lahlou

HORMONOLOGIE

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	--------	-------------

DOSAGE DE LA T.S.H Ultrasensible :  
(Enzyme Linked Fluorescent Assay) VIDAS

Résultat.....: 3.30 pUI/ml. (0.25 à 5.00)

BIOCHIMIE SANGUINE

Férritine.....: 73.17 ng/ml (20 à 250)  
(Enzyme Linked Fluorescent Assay) VIDAS

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 05 22 39 53 73

⌚ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30  
☎ Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 ✉ laboratoireducomplexe@gmail.com  
📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Maarif - Casablanca



## Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحليلات الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

Référence : 20920426

20/09/2022

Mme OUMILIL LATIFA



0008523

Médecin: Dr. maha bennani lahlou

### EXAMENS SANGUINS

**VITAMINE D2/D3 (25Hydroxy-vitamine D)**  
(Enzyme Linked Fluorescent Assay) VIDAS

**RESULTAT.....: < 8.1 µg/l**

Valeurs souhaitables pour des patients adultes > 30 µg/l (> 75 nmol/l).  
Statut vitaminiques considéré insuffisant entre 10 à 30 µg/l (25 à 75 nmol/l).  
Etat carenciel en dessous de 10 µg/l (< 25 nmol/l).  
Un potentiel effet toxique est évoqué pour des valeurs > 100 µg/l (> 250 nmol/l).  
A confronter aux données cliniques et thérapeutiques.

LABORATOIRE DU COMPLEXE SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 73

🕒 Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30  
☎ Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 ✉ [laboratoireducomplexe@gmail.com](mailto:laboratoireducomplexe@gmail.com)

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Maarif - Casablanca



# Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

## الدكتورة مها بناني لحلو

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

و الأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

19 septembre 2022

Mme OUMLIL LATIFA

### 1/ SEDACALM SHAPOONG APAISANT ACM

pour laver les cheveux 2 à 3 fois par semaine

### 2/ DERMOVAL Gel

le soir sur les zones prurigineuse

صيدلية سيدي  
Pharmacie C.I.L  
BENBRAHIM Touria  
100, Boulevard Ibn Sina  
Tél : 05 22 36 18 68 - Casa

4) KETODEMA

Dr. BENNANI LAHLOU Maha  
Dermatologue - Vénérologue  
Rue du Palais, Imm. "E", 1<sup>er</sup> Etage  
Angle Yasmine Bd Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Casa  
Tél 05 22 94 03 13

إقامة القصر، عمارة "E"، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور، الدار البيضاء

Résidence du Palais, Imm. "E", Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000

البريد الإلكتروني: Email : drmahabennani@gmail.com - الهاتف: Tél. : 05 22 94 03 13

LCF - 001927407000026 - INPF - 091170431