

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 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.

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

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.

M22- 0038709

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7797 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAMI ABDELMONAÏME

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 : OUMLIL 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.

it à :

Le : / /

cont(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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															
				<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553								
H	25533412	21433552																									
D	00000000	00000000																									
B	00000000	00000000																									
G	35533411	11433553																									

Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et par événement

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ne sont pas couverts.

toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est possible des sanctions légales et réglementaires.

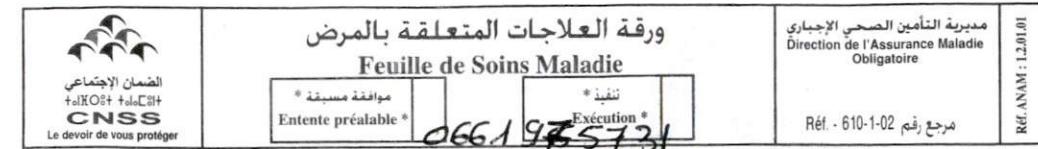
l'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

ماس ب مدیریة التأمين الصحي الإجباري

dentification de l'agent :

تاریخ الاستلام: _____ | تاريخ الاستلام: _____ | Date d'arrivée: _____ |



N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف
الممارسين على كل ورقة علاج.

ج. إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية
بمشارة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ
عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه
الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من
نهاية العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
غير معنفة.

عوبيض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة
مسقطة.

تحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية

ل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعبوض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : OUMLIL LATIFA		
الاسم العائلي والشخصي : الاسم العائلي والشخصي		
N° Immatriculation : 14270410401		
رقم التسجيل : رقم التسجيل		
N° CIN : BK 15570		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : رقم بطاقة التعريف الوطنية		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * ملاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *		
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : IMM 72, rue EL ouroud étg 4 Apt 28 Hay erraha case 1000		
عنوان :		
Montant des frais :	2175, 9	د.هـ Dhs
Nombre de pièces jointes :	7	
Déclaration du médecin traitant	تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins	للمستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : OUMLIL LATIFA	الاسم العائلي والشخصي : الاسم العائلي والشخصي	
Date de naissance : 02/02/1965	تاريخ الازدياد : تاريخ الازدياد	
N° CIN : BK 15570	رقم بطاقة التعريف الوطنية : رقم بطاقة التعريف الوطنية	
Sexe : M ذكر <input type="checkbox"/>	F أنثى <input checked="" type="checkbox"/>	الجنس : الجنس
INPE et code à barres : 091170438	رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر : رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر	
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	

– * Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accoler l'étiquette portant l'**INPE** (Identifiant National des Professionnels de santé et des établissements de soins) ainsi que le code à barre

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة				
نوع وظيفة الطبيب المعالج	النوع	النوع	النوع	النوع
Signature et cachet du Médecin traitant				
INPE et code à Barres	09111709311			
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1			

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين						
نوع وظيفة المساعد الطبي	النوع	النوع	النوع	النوع	النوع	النوع
Signature et Cachet du Paramédical						
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

العمليات الإحياء، الأشعة والصور				
نوع وظيفة طبيب الأشعة أو الإحيائي	النوع	النوع	النوع	النوع
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste				
INPE et code à Barres	INP:093003150			
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1			

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تارikh التتنفيذ	الثمن المفوت	توقيع وظيفة الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/09/22	425,000	Pharmacie C.I.L BENBRAHIM Taria 100, Boulevard Ibn Sina Tel: 05 22 36 18 66 - 0555
INP PHARMACIE C.I.L / INPE	092019538	
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1	

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06

Référence structurée : 220921973572706

Emis à Casablanca le : ٢٠٢٢

Page : 1

Identifiant de la famille تعرف العائلة

N° d'immatriculation : 142704040
Règlement du mois : 09/2022
Mode de paiement : Virement

OUMLIL LATIFA
72 RUE EL OUROUD APPT 28 HAYERRAHA
CASABLANCA 2020

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	مبلغ المصاريف المرجعية Tarif de référence	المعلم Coeff.	الكمية Quantité	أساس التغويض Base de remboursement	نسبة التغويض Taux de remboursement%	مبلغ التغويض Montant remboursé
OUMLIL LATIFA										
089178619	19/09/2022	CS	MME BENNANI MAHA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
089178619	19/09/2022	B	LABORATOIRE COMPLEXE SPORT	1 450,00	1,10	60,00	1,00	1 166,00	70	816,20
089178619	19/09/2022	PH	PHARMACIE CIL	45,80	45,80	1,00	1,00	45,80	70	32,06
089178619	19/09/2022	PHN	PHARMACIE CIL	380,10	124,20	1,00	1,00	124,20	00	0,00
Total remboursé pour LATIFA										953,26
Total général remboursé										953,26

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 لحلو

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقاً 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

Maha BENNANI LAHLOU
Dermatologue Vénérologue
Palais, Imm. E, 1^{er} étage
Rue Yasmine Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour Casa
Tél 05 22 94 03 13

LABORATOIRE DU COMPLEXE
SPORTIF
DR KADIRI HASSANI FATIMA
Tél / Fax : 0522 39 53 12



Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحاليل الطبية للمركب الرياضي

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

IE: 002943067000076

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 : 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 - Māarif - Casablanca



Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحاليل 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

Médecin: Dr. maha bennani lahlou



0008523

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
Globules blancs.....	9400	/mm3	(5000 à 9500)	
Globules rouges.....	4.39	M/mm3	(4.0 à 5.0)	
Hemoglobine.....	13.1	g/dl	(11.5 à 15.0)	
Hematocrite	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/mm3	(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 - Mâarif - Casablanca



Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحاليل 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

HORMONOLOGIE

Analyses

Résultats

Unités

Normes

Antécédents

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

Résultat.....: 3.30 µUI/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 : 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 - Mâarif - Casablanca



Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

مختبر التحاليلات الطبية للمركب الرياضي

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

Référence : 20920426
Mme OUMLIL LATIFA

20/09/2022



0008523

Médecin: **Dr. maha bennani lahliou**

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 carentiel 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 LATIFA
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 📩 laboratoireducomplex@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Mâarif - Casablanca

Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

الدكتورة مهابناني لحلو

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

19 septembre 2022

Mme OUMLIL LATIFA

1/ SEDACALM SHAPING APAISANT ACM

pour laver les cheveux 2 a 3 fois par semaine

2/ DERMOVAL Gel

le soir sur les zones prurigineuse

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

4/ KETOZOL

1/2 c.c. 1/2 c.c.

84,20

425,00

Dr. BENNANI LAHLOU Maha
Dermatologue Vénérologue
rue du Palais, Imm. E 1^{er} Etage
Yasmine - Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour Casa
Tél 05 22 94 03 13

Dr. BENNANI LAHLOU Maha
Dermatologue Vénérologue
rue du Palais, Imm. E 1^{er} Etage
Yasmine - Angle 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، الدارالبيضاء

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

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

Tél : 00192740700026 - I N P F : 091170421