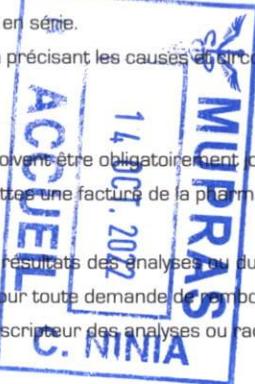


# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASSAÏD Mohamed

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 : Bennouni SANTA 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.

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 de l'ODF.

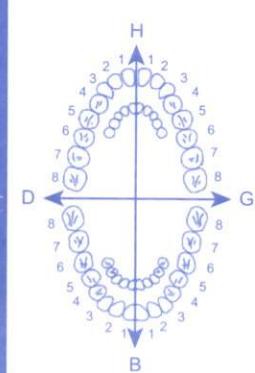
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



لبيان الإدحاف، الأشعة والصورة

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المدفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
15 MAI 2012		(S)		250		
15 MAI 2012		K3		50		
15 MAI 2012		1050				

CIM-10

## عمليات المساعدين الطبيين

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou

Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المدفوت Prix Facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
14/05/22	30.50	
09/05/22	111.4	
INP :		

## Description des actes effectués

## وكل العمليات المجردة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المدفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
15 MAI 2012		(S)		250	
15 MAI 2012		K3		50	
15 MAI 2012		1050			

## Actes Paramédicales

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المدفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعاين Signature et Cachet du Paramédical
INP :					

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المدفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعاين Signature et Cachet du Paramédical
NP :					

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المدفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعاين Signature et Cachet du Paramédical
NP :					

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المدفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعاين Signature et Cachet du Paramédical
NP :					

## IRM IMAGERIE DU SEIN EOS

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
 Ancien PH des Hôpitaux de France

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
 Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 04/06/2022

Facture N° 1821/22

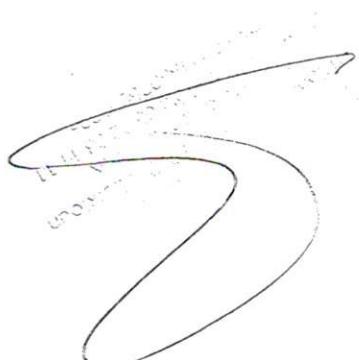
Nom patient : BENNANI SANAA

Examen(s) réalisé(s) : MAMMO+ECHO MAMMAIRE

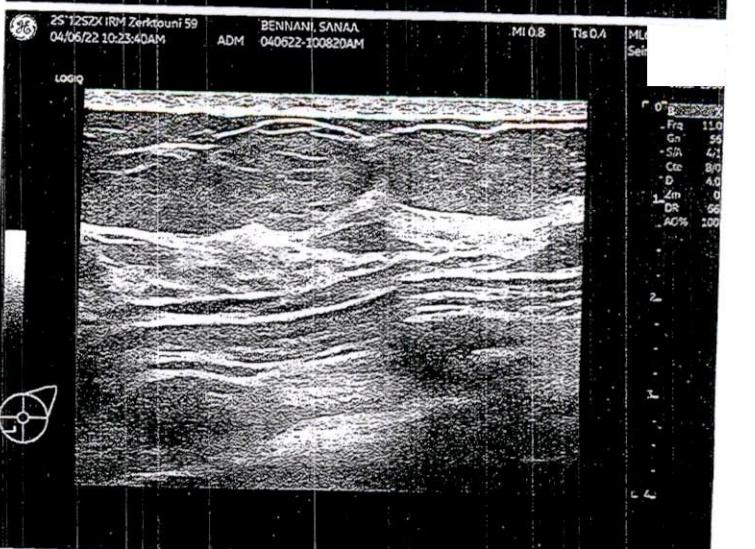
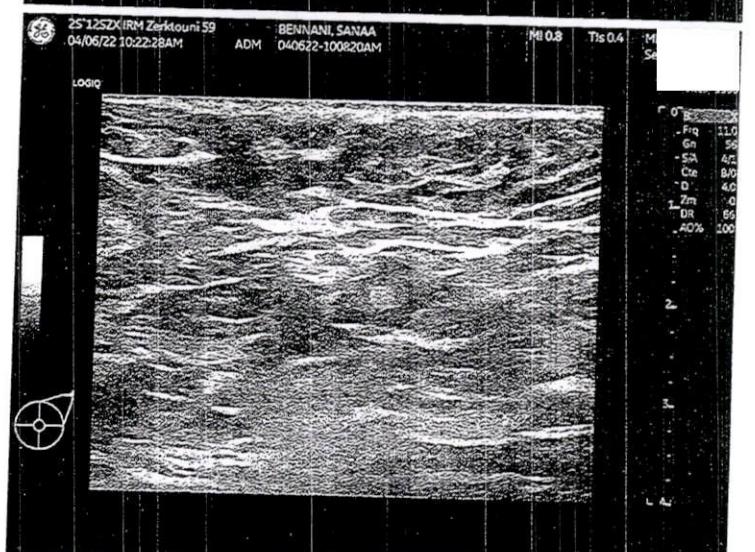
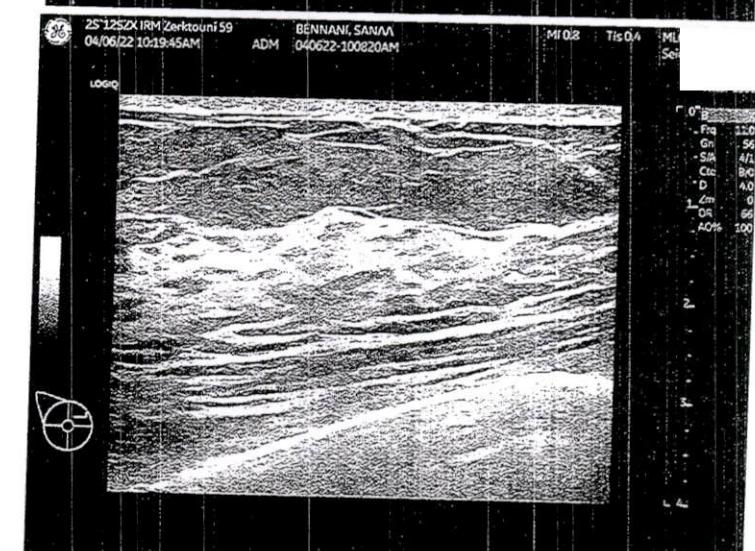
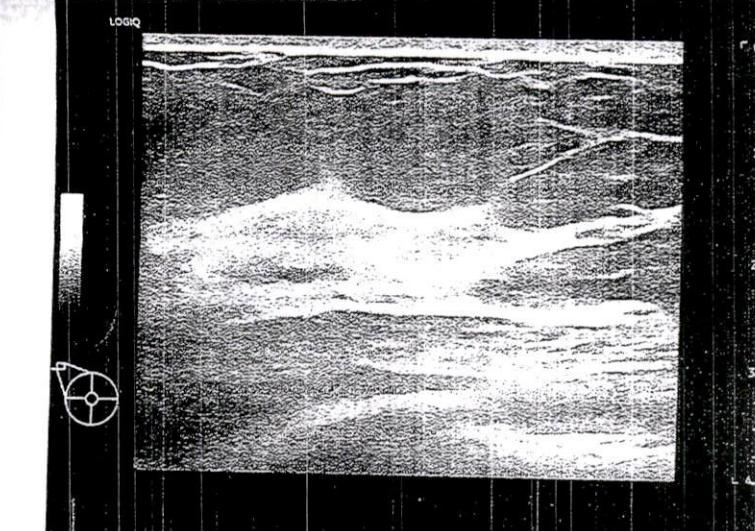
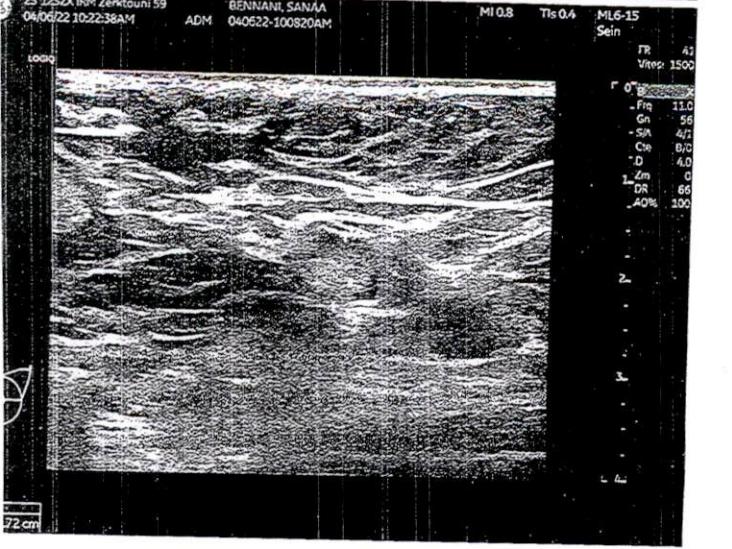
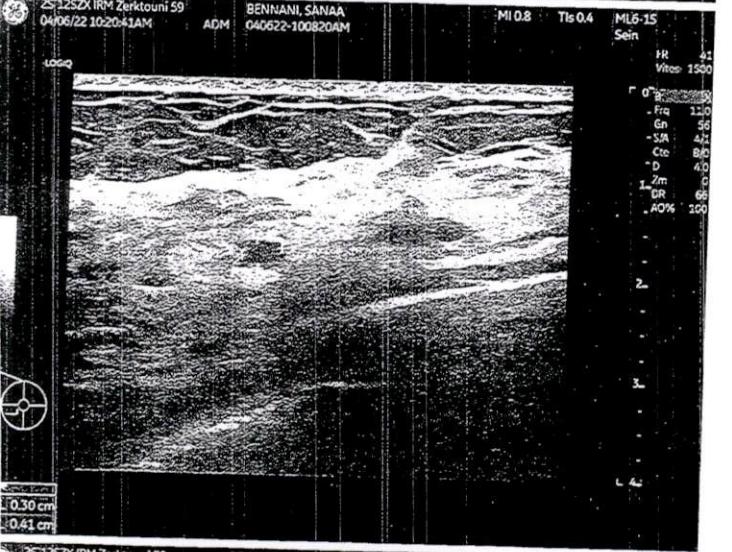
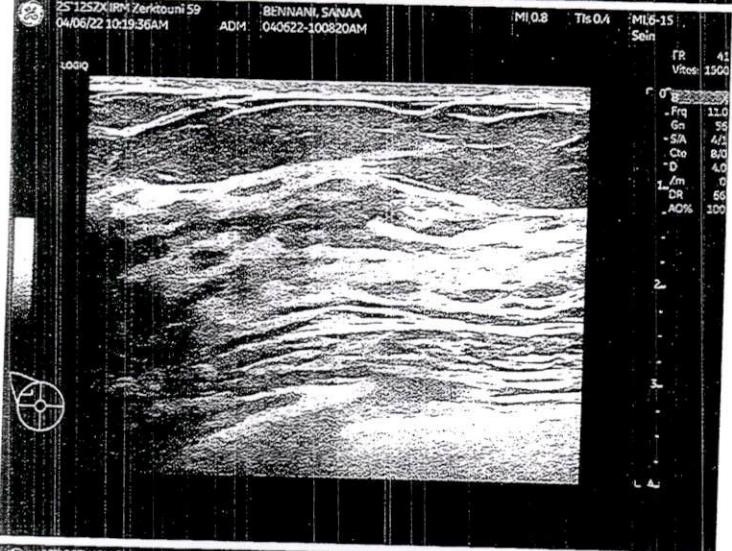
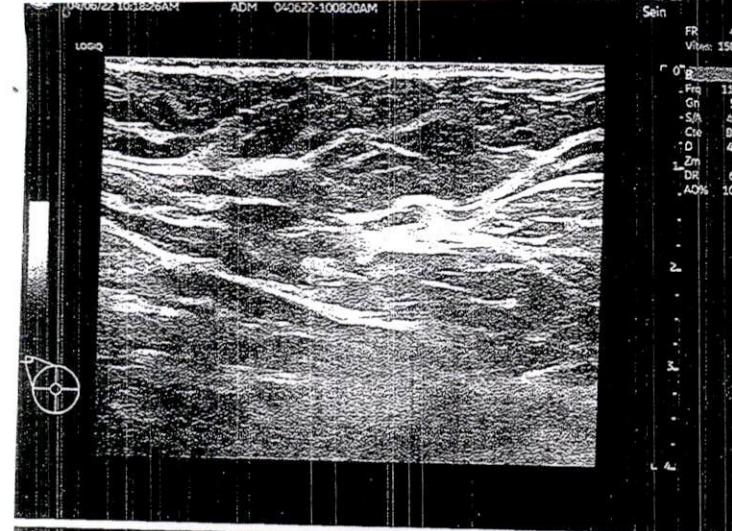
Montant : 1200 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES



Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerkouni, angle rue des Hôpitaux - Casablanca 20000 - Maroc  
 +212 5 22 88 11 11 (LG) . rad59zerktouni@gmail.com  
 36340653 - 45758413 - 002458095000096 - CDM 021 780 0000 046 030 807165 97  
 06 66 20 74 92 - 06 66 09 02 39





# CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044 IF 40204512

## FACTURE

REF : 22/4272

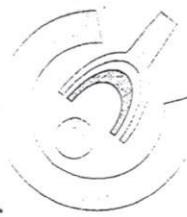
Date de facturation 17 / 05 / 2022  
Médecin traitant DR BENNOUNA CATHERINE  
Patient BENNANI SANAA - 091977  
Demande C20517138 - 17/05/2022

### Liste des examens

FROTTIS

	Total	200,00	Dhs
coefficient-P		182	
Mode de règlement	Espèce		

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS



REÇU LE : 17/05/2022  
EDITE LE : 18/05/2022

NOM & PRENOM : BENNANI SANAA  
PRESCRIPTEUR : DR BENNOUNA CATHERINE  
AGE : 49 ans  
Code Patient : 091977  
N/REF : 20517138  
ORGANE : FROTTIS DU COL

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Systématique.

#### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Frottis en milieu liquide selon la technique Prepstain

- Qualité du frottis :

Très bonne qualité.

- CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA :

Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis étudié après cytocentrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide montre un fond riche en polynucléaires neutrophiles avec la présence de quelques lactobacilles. La cellularité est adéquate faite de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléo cytoplasmique.

Il est également retrouvé des cellules endocervicales régulières sous forme de cellules isolées dispersées.

Il n'est pas noté de signes cytologiques d'infestation virale ou de signes de dysplasie.

#### CONCLUSION :

- Frottis cervical modérément inflammatoire.

- Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Dr. Amal BENKIRANE  
Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

Dr Lamia ABB  
Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca



Dr Amal BENKIRANE  
Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

CASAPATH

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : .....  
*(Signature)*

Nom et prénom du patient : ....  
*BENKIRANE Amal*

Age : ..... Sexe : .....

Date de prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

*Symptomatique*

Organe prélevé : .....

Nature de l'acte réalisé : .....

Biopsie antérieure :  Oui  Non Réf : .....

FOV :  Vagin  Exocell  Endocell : .....

Date des dernières règles : ..... Partie : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : .....

*Signature & Cache*

*Centre de Pathologie Spécialisée*

*CASAPATH*

*Casablanca*

*Maroc*

Dr Lamia JABRI  
Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca



CASAPATH

Dr Amal BENKRAHNE  
Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMICO-PATHOLOGIQUE

De la part du Dr : .....

Nom et prénom du patient : .....

Age : ..... Sexe : .....

Date de prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

.....  
.....  
.....  
.....

Organes prélevés : .....

Nature de l'acte réalisé : .....

Biopsie antérieure :  Oui  Non Réf : .....

FCV :  Vagin  Exocell  Endocell : .....

Date des dernières règles : ..... Partie : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : .....

Signature & Date : .....

.....

.....

.....

.....

Dr Catherine SABLAYROLLES BENNCUNA  
Gynécologie - Accouchements  
Diplômée de la faculté de médecine De Poitiers  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Poitiers  
Diplômée en Echographie  
Diplômée en Stérilité  
Colposcopie

الدكتورة كاثرين سابلول بنونا  
اختصاصية في أمراض النساء والولادة  
خريجة جامعة بوآسي بفرنسا

4 MAI 2003

Casablanca, le .....

n° BENNAM DATA

- FONCTION DE PUSSE

3 applications x 2

l'heure



Residence Hicham - Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek  
1er Etage - Casablanca 20360 - Tél : 05 22 86 46 75

135393149	BENNANI SANA	13/02/1973	J278102												
DÉTAIL AMO															
<table><thead><tr><th>Numéro de dossier</th><th>Montant Remboursé (MAD)</th><th>Situation</th><th>Date de situation</th><th>Motif</th><th>Mode de paiement</th></tr></thead><tbody><tr><td>94366594</td><td>427</td><td>Payé</td><td>09/08/2022</td><td>Virement assure</td><td></td></tr></tbody></table>				Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement	94366594	427	Payé	09/08/2022	Virement assure	
Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement										
94366594	427	Payé	09/08/2022	Virement assure											
Fermer															
<table><thead><tr><th>Bénéficiaire</th></tr></thead><tbody><tr><td>BENNANI SANA</td></tr><tr><td>BENNANI SANA</td></tr><tr><td>BENNANI SANA</td></tr><tr><td>BENNANI SANA</td></tr></tbody></table>				Bénéficiaire	BENNANI SANA	BENNANI SANA	BENNANI SANA	BENNANI SANA							
Bénéficiaire															
BENNANI SANA															
BENNANI SANA															
BENNANI SANA															
BENNANI SANA															



الضمان الاجتماعي  
CNS

إفادة بعدم القبول

AVIS DE REJET

Réf. 610-2-09

Date : vendredi 15 juillet 2022 التاریخ:

Heure : 08 h 09 WET الساعة:

المرسل إليه:

BENNANI SANAA  
6 RUE IBN CHEK EL KIRAOUANI AP T10 M/SULTAN  
20120  
CASABLANCA



080463645

N° CNSS 135393149 رقم ص.و.ض.ج.

N° de la Carte Nationale d'Identité J278102 رقم البطاقة الوطنية للتعرف

Type dossier Dossier de remboursement نوع الملف

Valeur du dossier 1730,50 Dhs قيمة الملف

Bénéficiaire BENNANI SANAA المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي،

Nous vous informons que votre dossier a été rejeté  
pour les motifs suivants :

نحيطكم علما بأنه يتذرع قبول ملفكم للأسباب التالية :

- HORS DELAI

- خارج الأجل المحدد

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص  
الذين تجاه معايير معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الfax 05 22 41 80 63  
Tél 05 22 88 01 93  
Ville CASABLANCA

المدينة  
Ville  
139, Angle Avenue Mers Sultan  
et rue Zerhoun

العنوان  
Adresse  
MERS SULTAN

وكالة  
Agence