

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 sème.
- 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- 0039078

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9402 Société : 133255

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Nossair Mohamed

Nom & Prénom : Nossair 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 : BENMOMI SANAA 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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	

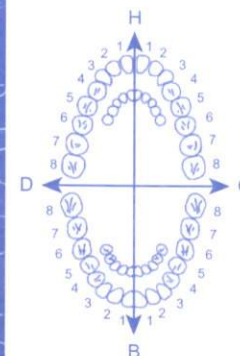
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

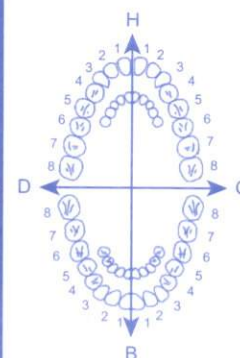
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

is à suivre

feuille de soins par personne et par événement.

e soins doit être accompagnée de toutes les
ficatives originales (ordonnances médicales,
sultats des examens de radiologie et/ou de
).

prénom de la personne soignée doivent être
es praticiens eux mêmes sur chaque feuille de

ctus et les PPM concernant les médicaments
vent être joints aux ordonnances transmises.

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

ursement des frais engagés sera effectué sur la
arification nationale de référence.

es liés aux accidents du travail et maladies
elles ne sont pas couverts.

préalable de la CNSS pour les prothèses et
atie faciale est nécessaire.

sonne coupable de fraude ou de fausse
pour obtenir des prestations qui ne sont pas
assibles des sanctions légales et réglementaires.

m de remboursement prise par la CNSS est
ée au respect des conditions réglementaires et de
de.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

m de l'agent :

du dossier :

تعليمات يجب اتباعها

قديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجملة الوثائق
الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج
فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج
من طرف المهنيين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعويضات الخاصة بالأدوية
المشتتة وأقمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
عملية طبية، ماعدا حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف محدود سنتين (60) يوما من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
بالنسبة للبدلة السنوية والتفويض السني الوجوبي ضرورية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإبادة من خدمات
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

حق التوظيف من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

خاص به مديرية التأمين الصحي الإداري
Réserve à la DAMO

تاريخ الإيداع :
Date d'arrivée :



080463645

مديرية التأمين الصحي الإ
ction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مراجع رقم 610-1-02

Ref: ANAM/2010

N° Dossier :

Partie réservée à l'Assuré(e)

خاص بالآمن له (ها)

الإسم الإجمالي والشخصي : BENNANI

رقم التسجيل : 4333333333

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 123456789

علاقة القرابة بين المؤمن له (ها) : *
Conjoint ☐ زوجة Enfant ☐ ابن

العنوان : 123456789

مبلغ المصاريف : Dhs. درهم

عدد الوثائق المرفقة : 1

Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي : BENNANI

تاريخ الإيداع : 12/04/2010

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 123456789

الجنس : *
M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du Médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 123456789

نوع العلاجات : *
Maladie ☐ مرض *
Pour les enfants de moins de 12 ans ☐ للأطفال أقل من 12 سنة *
Maternité ☐ أمومة *
Hospitalisation ☐ استشفاء *
Accident ☐ حادث *
Pli confidentiel remis : *
Date de grossesse : *
Date prévue d'accouchement : *
Date d'hospitalisation : *
Date d'accident : *
Causes : *
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : 12/04/2010
Fait à : 12/04/2010
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Description des actes effectués

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين

Actes Paramédicales


NP: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

لجبات الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
14/05/22	30.50	
INP : []	092001114	
INP : []		

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

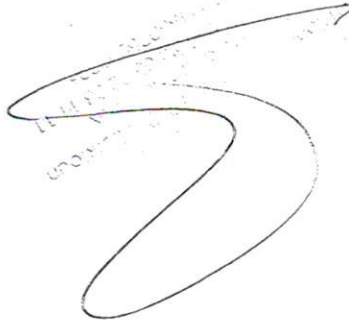
Nom patient : **BENNANI SANAA**

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

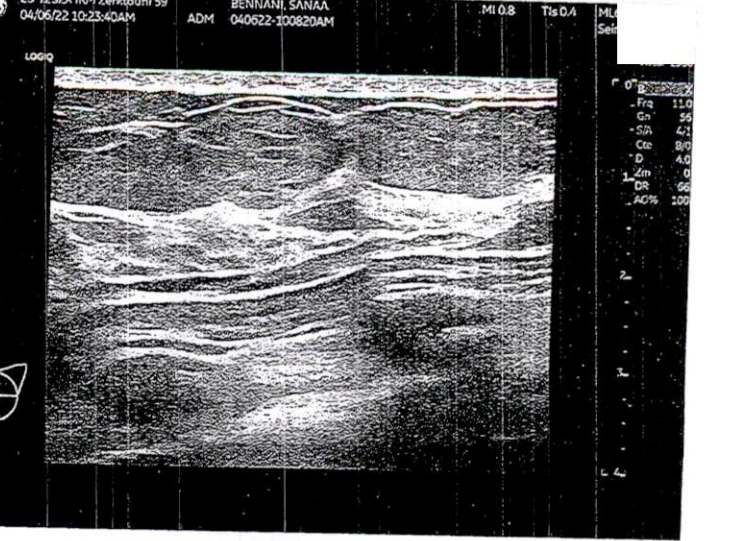
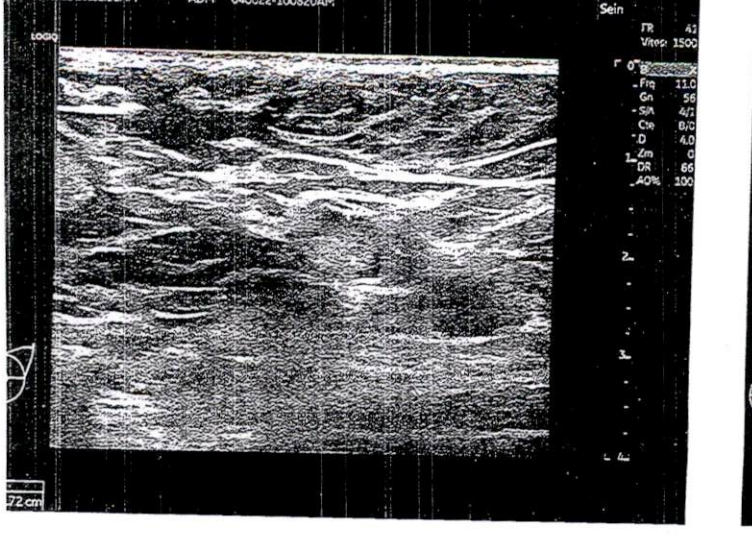
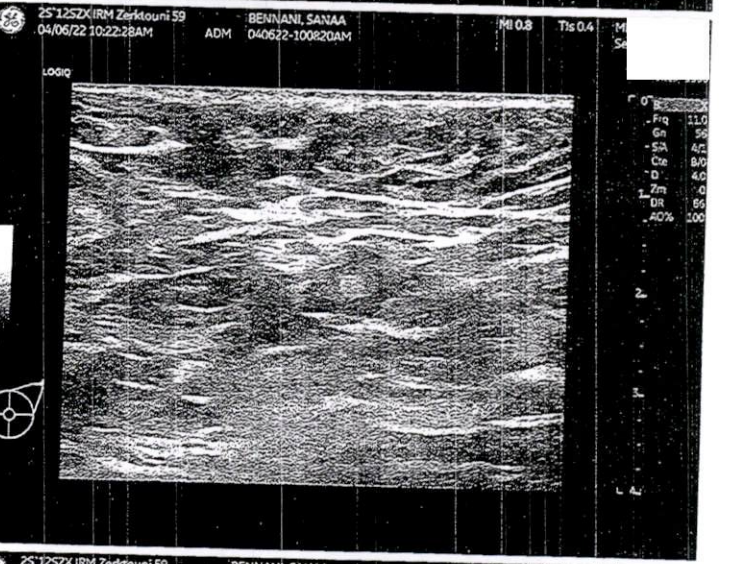
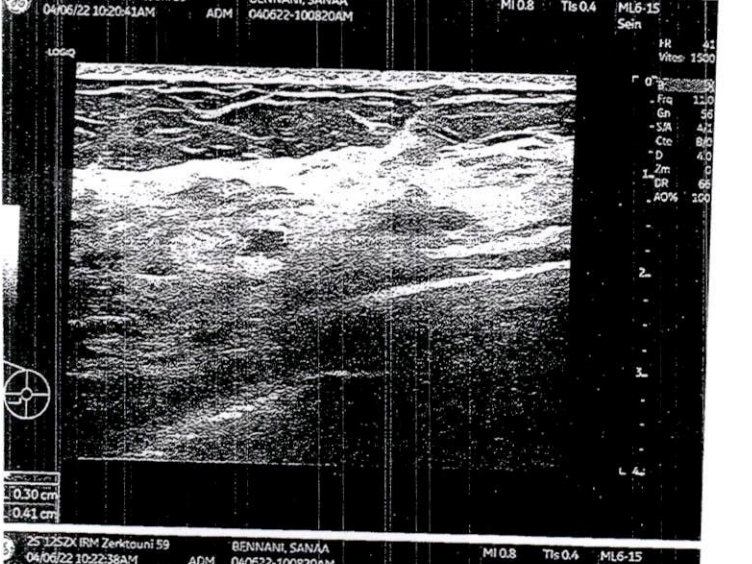
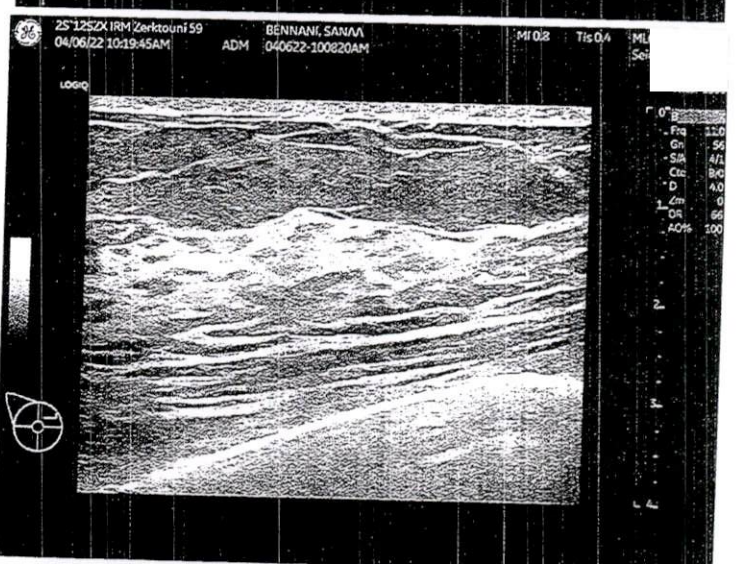
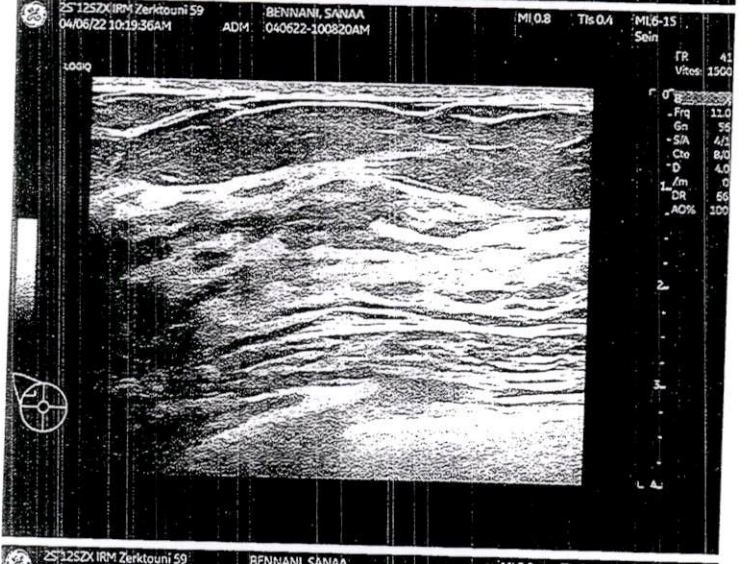
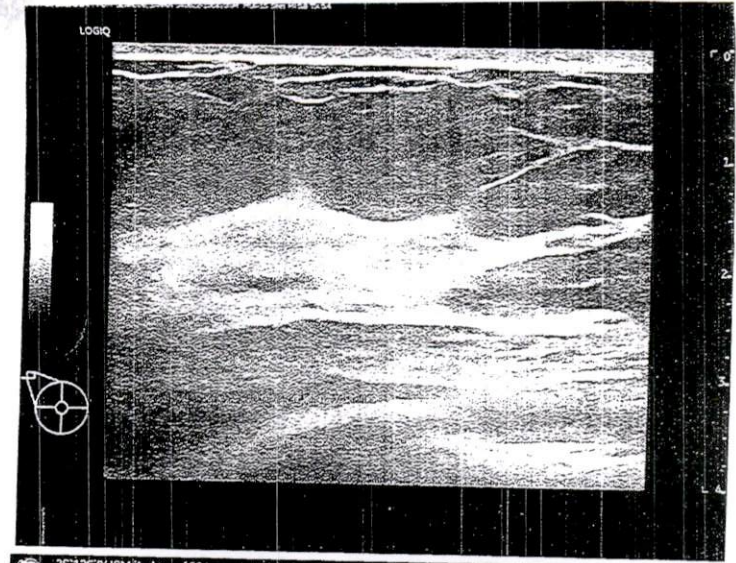
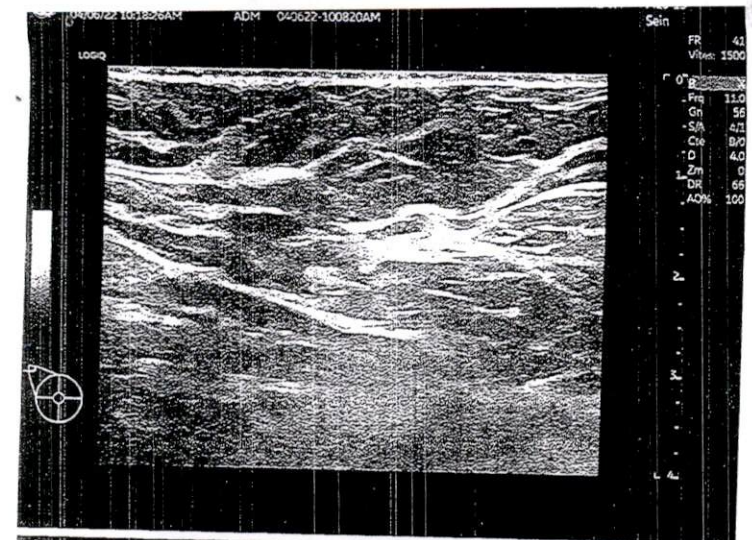
Montant : **1200 DH**

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

REGLEMENT : ESPECES



Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerktouni, 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

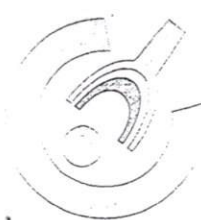
FROTTIS

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

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

Dr. Lamia JABRI

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



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA

CASAPATH

Dr. Amal BENKIRANE

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

RECU 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

Systematique.

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 cyto centrifugation 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 nucléocytoplasmique.

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

[Signature]

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



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA

CASAPATH

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

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : BEHNANI ANWAL

Age : Sexe : M

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Système

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

FOV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet

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



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA

CASAPATH

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

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : BENNAI OUM

Age : Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

.....

.....

.....

.....

.....

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

FOV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernières règles : Parté :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

.....

.....

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

الدكتورة كاترين سابلرول بنوننا
اختصاصية في أمراض النساء والولادة
خريجة جامعة بواتي فرنسا

9 1 MAY 1977

Casablanca, le

n° BENNANI JANNA

- FONGILYDE p.made

1 application x 2 - 1/2 hr

135393149

BENNANI SANAA

13/02/1973

1278102

DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
94366594	427	Payé	09/08/2022		Virement assure

Fermer

Bénéficiaire

BENNANI SANAA

BENNANI SANAA

BENNANI SANAA

BENNANI SANAA



الضمان الاجتماعي
+alXO&+ +alaC&+
CNSS

إفادة بعدم القبول
AVIS DE REJET

Réf. 610-2-09

Date : vendredi 15 juillet 2022 التاريخ:
Heure : 08 h 09 WET الساعة:

Destinataire :

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 للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1730,50 Dhs	قيمة الملف
Bénéficiaire	BENNANI SANAA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

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

نحيطكم علماً بأنه يتعذر قبول ملفكم للأسباب التالية :

- HORS DELAI

- خارج الأجل المحدد

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

للمزيد من المعلومات :

merci de visiter notre site Web

www.cnss.ma

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

www.cnss.ma/Portail/

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

أو الاتصال بمركز الاتصال ألو الضمان على الأرقام

الفاكس

الهاتف

المدينة

العنوان

وكالة

05 22 41 80 63

Fax

05 22 88 01 93

Tel

CASABLANCA

Ville

139, Angle Avenue Mers Sultan

Adresse

MERS SULTAN

Agence

et rue Zerhoun