

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOSSAÏK 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 : Bennoui 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

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 :

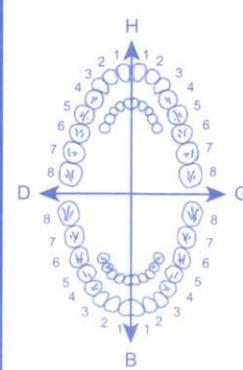
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° dossier	Ville et prénom	Date de naissance	CIN/Passport		
135393149	BENNANI SANAA	13/02/1973	J278102		
DÉTAIL AMO					
Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
67194761	161	Envoyé à l'assuré	08/10/2022	Virement assuré	Bénéficiaire
				BENNANI SANAA	
				BENNANI SANAA	
				BENNANI SANAA	

Date : mardi 27 septembre 2022 التاریخ:
Heure : 09 h 53 WET المساعة:

ND:67194761

Destinataire :

المرسل إليه:

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



67194761

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	230 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	BENNANI SANAA	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

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

للمزيد من المعلومات :

Pour plus d'informations :

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 أو الضمان على الأرقام

الफ़ाक्स

الهُدْفُونُ

الهُدْفُونُ

العنوان

Adressse

وَعْدَة

05 22 41 80 63

Fax

05 22 88 01 93

Tél

CASABLANCA

Ville 139, Angle Avenue Mers Sultan

Adressse

MERS SULTAN

Agence

et rue Zerhoun

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
88 P 81				6 Gr 1+
INPE et code à Barres				09 11 21 32
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					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الشمعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	الأشعة (والأشعارات) Signature et Cachet Biolog
818122		B 210	230 DH	FA 20 LABORATOIRI d'ANALYSES 64, Bd Mgr Drissi Tél : 05 22 28 40 65 /
INPE et code à Barres				INP : 093060721
INPE et code à Barres				

تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	عليه أو معه التجهيزات طبية Signature et Cachet d Fournisseurs des dis
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

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 سابلول بنونة
اختصاصية في أمراض النساء والولادة
خريجة جامعة بواتي بفرنسا

Casablanca, le

8/08/2022

n° BENNANI Samia

FSM

LABORATOIRE HAMZAUI
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd My Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46



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



مختبر حمزاوي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOU D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOU

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France
Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles
Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris
DEA des sciences économiques et sociales de la santé



INPE 093060721

Facture N°: FA020283/2022

IF 87861100
TP 34459760
ICE: 001635816000075

Référence:

2 080822 194871

Date de prélèvement lundi 8 août 2022

Nom Prénom

BENNANI SANAA

Médecin:

CATHERINE SABLAYROLLES BENNOUNA

Code	Analyses	B	Coefficient	Total
	Prise de sang	10	1,10	11 dh
B458	FSH	200	1,10	220 dh
			B 210	231,00 dh
			Remise -	1,00 dh
			Net à payer TTC	230,00 dh

Arrête la présente facture à la somme de: DEUX CENT TRENTÉ DIRHAMS

LABORATOIRE HAMZAOU
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 28 40 65 / Fax : 05 22 28 40 46



لaboratoire HAMZAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUİ

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Edité le : 24-sept-22

Date de prélèvement: lundi 08/08/2022

46582

Référence:

2080822194871

Nom, Prénom:

BENNANI SANAA

Préscripteur, Dr:

CATHERINE SABLAYROLLES BENNOUNA

BIOCHIMIE CLINIQUE FEMME ADULTE

Profil	Analyses	Résultat	Valeurs de références
Hormones /Cycle	FSH (F).....	7,1	** ** mUI/ml Cobas (chimiluminescence)

Observations:

LABORATOIRE HAMZAOUİ
D'ANALYSES MEDICALES
64, Bd. Moulay Idriss 1er Casablanca
Tél: 05 22 28 40 65 / Fax: 05 22 28 40 46