

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 canaux, 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 canaux.

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- 0039077

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102 Société : 133254
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOSSAIA 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 : BENMAI 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

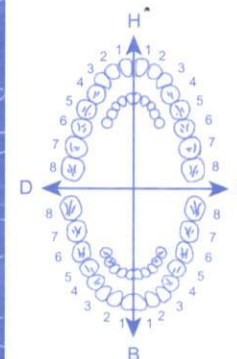
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

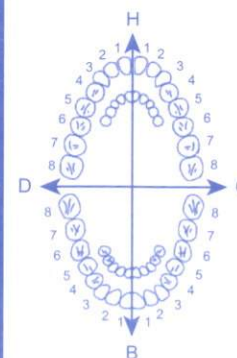
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° d'identification	Nom et prénom	Date de naissance	Code d'assuré
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	03/10/2022		Virement assuré

Bénéficiaire

BENNANI SANAA

BENNANI SANAA

BENNANI SANAA

Date : mardi 27 septembre 2022 التاريخ:
Heure : 09 h 53 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

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



ND: 67194761

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	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,

سيدتي، سيدي،

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

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

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 :

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

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 الوالضمان على الأرقام

05 22 41 80 83 Fax 05 22 88 01 93 Tél CASABLANCA Ville 139, Angle Avenue Mers Sultan et rue Zerhoun

العنوان
Adresse MERS SULTAN

وعدة
Agence

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 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 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 passible des sanctions légales réglementaires.

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

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

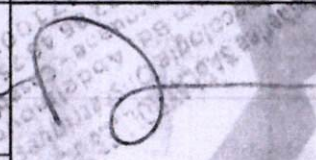
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

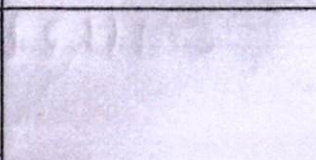
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإقليمي Réservé à la DAMO
التعريف من طرف الوكيل :	تاريخ الاستلام :
موقع الدفتر :	تاريخ الإيداع :

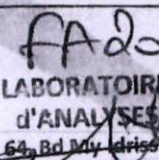
١٠٠٠ CNSS Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Réf. - 610
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : BENNANT Sanaa			
N° Immatriculation : 135393449			
N° CIN : J 278 102			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> بن <input type="checkbox"/>			
Adresse : 6 Rue Ibn Cheikh Elkhalil, 4ème étage app 107ers Sa Casablanca			
Montant des frais : 230 # Dhs			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : BENNANT SANA A			
Date de naissance : 13 07 1975			
N° CIN : 1 1 1 1 1 1 1 1			
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			
INPE et code à barres **			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins*			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثه <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/>			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant Fait à : الدار البيضاء Le : 27 09 2022 في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca Le : 08/10/22 الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'	
- Cocher la mention utile pour chaque case - Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le			

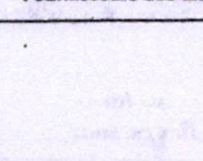
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
08/08/22					
INPE et code à Barres 09 11 2 2 1 2 2					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _					
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 _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				الاشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	الاشعة أو الإحصائي Signature et Cachet Biolog	
08/08/22		B 210	230DH	 LABORATOIRE d'ANALYSES 64, Bd Myrtille Tél : 05 22 28 40 65 /	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _					

م تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	على كومن التجهيزات 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 سابلرول بنونة
اختصاصية في أمراض النساء والولادة
خريجة جامعة بواتي بفرنسا

Casablanca, le

8/08/2022

N° BENNANI Saoud

FSH

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

15/08/2022
Gynécologie
27/08/2022
Angle Abou Marouane
Tél : 05 22 86 46 75
ICE : 0016 22 86 46 75

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



مختبر حمزاوي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOU D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Nouredine 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



LABORATOIRE HAMZAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Nouredine HAMZAOUI

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:



2 080822 194871

Nom, Prénom:

BENNANI SANAA

Prescripteur, Dr:

CATHERINE SABLAYROLLES BENNOUNA

BIOCHIMIE CLINIQUE

FEMME ADULTE

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

Observations:

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

64, شارع مولاي إدريس الأول (الطابق الأرضي), زاوية شارع 2 مارس (قرب الجماعة الحضرية مرس السلطان) - الدار البيضاء
64, Bd. Moulay Idriss 1er (Rez-de-chaussée), Angle Bd. 2 Mars, (Attenant à la Commune Urbaine Mers Sultan) - Casablanca

☎ : 05 22 28 40 65 ☎ : 05 22 28 40 46 - E-mail: hamzaoui@menara.ma