

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 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.

M22- 0039079

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NoSSAIR

Mal

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 : BENNANI 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) :

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXiliaires médicaux

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

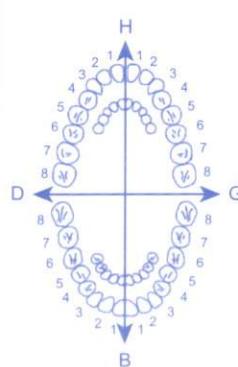
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				DFBUT d'exécution
				Fin d'exécution

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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° immatriculation

Nom et prénom

Date de naissance

CNI/Passeport/Séjour

J278102

DÉTAIL AMO

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
89314550	144,62	Payé	07/02/2022		Virement assuré

89314550

144,62

Payé

07/02/2022

Motif

Mode de paiement

Fermer

Bénéficiaire

Détail

BENNANI SANA



BENNANI SANA





إفادة بالاستلام

Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 26 janvier 2022 التاریخ :
Heure : 08 h 27 WET الساعۃ :

Destinataire :

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

المرسل اليه :



89314550

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	1010.1 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	14 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 بطلبکم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

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

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.mawww.cnss.ma/Portail/

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البراءة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

05 22 41 80 63

Fax 05 22 88 01 93

Tel

CASABLANCA

المدينة

Ville 139, Angle Avenue Mers Sultan

et rue Zerhoun

العنوان

Adresse

MERS SULTAN

وهي Agence

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



* موافقة مسبقة
Entente préalable

* تنفيذ
Exécution

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

العناني والشخصي : BENNANI CANADA

نº Immatriculation : ٤٤٣٥٣٩٣١٤٩١

Nº CIN :

القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

ابن

زوج

المصاريف :
لوثائق المرفقة :
بح الطبيب المعالج
تفيد من العلاجات

Conjoint

Montant des frais :

٤٠٨٠,١٨ Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

Nº CIN:

Sexe :

INPE et code à barres

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Type de soins

Hospitalisation استشارة أخوة حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des
renseignements portés ci-dessus.
Fait à :

Le :

أشدّد بصفة كل ما ذكر أعلاه
في: ٢٠٢١-١٢-٢٠٢١

في:

Je déclare les informations ci-dessus
 sincères et véritables.

Fait à :

Le :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

re
le de soins par personne et par
soins doit être accompagnée de
éces justificatives originales
idicales, factures, ...).

énon de la personne soignée
tés par les praticiens eux mêmes
le de soins.

ces transmises doivent être
des codes à barres des
hétés .

soins ainsi que les pièces
sont être présentées à la CNSS
mois qui suivent le premier acte
il y a traitement médical continu.
cas, le dossier doit être présenté
te (60) jours qui suivent la fin du

ement des frais engagés sera
base de la tarification nationale de

tations ne peuvent donner lieu au
it que suite à accord préalable.
dernières est disponible auprès de
CNSS.

liés aux accidents du travail et
essionnelles ne sont pas couverts.

ne coupable de fraude ou de fausse
our obtenir des prestations qui ne
s, est possible des sanctions légales
ires.

de remboursement prise par la
ordonnée au respect des conditions
s et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Description des actes effectués

وصف العمليات اليدوية

نارخ الف les actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المدفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
١٢٠٢٢	١٥	١	١٥٠٦	
١٢٠٨٨	١٥	١	٦	
code à Barres				

code à Barres				

CIM-10

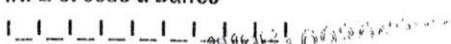
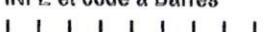
► Paramédicaux

مجلات المساعدين الطبيين

نوع العمل	رمز العمل	معامل العمل	عدد العمليات	المبلغ المفoter	توقيع وطابع المؤسسة الطبية
Code des actes	Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
code à Barres					
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الجمعية، الأشعة والصورة

الرقم Date des actes	رمز العمليات Code des actes	نوع العامل Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المدفوع Montant facturé	مطبخ طبيب الأشعة أو المحيطي Signature et Cachet du Radiot Biologiste
١٦/٠١/٢٢	B 437 + 16 ٨٠		٦٥٥٦٣٤	
INPE et code à Barres				
				
INPE et code à Barres				
				

نات التي تم تفريتها والتجهيزات الطبية المهمة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	إسم الصيدلي أو موظف التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs m.
18/01/22	260,10	22 80 67 87 167 - NFE 092063031 E DE ROMA CASABLANCA MOROCCO HALLAH MAROC MAISON LE GALIEN
INPE et code à Barres 1713013161518501		

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

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

Dr. ILHAM CHAH

Ordonnance

Casablanca, Le 18/6/88

55,80

(1) Acetaminophen 500 mg
1000 mg - 2 tablets

(2) Paracetamol 500 mg
500 mg - 2 tablets

(3) Rizatriptan 50 mg
250 mg - 2 tablets

(4) Omeprazole 20 mg
14,80

(5) Goclasikin 45
100 mg

Dr. MOHAMED EL GALIEN
PHARMACIE
RUE DE ROMA HAMMAMET
Tél: 05 22 80 67 87 / 67 CASABLANCA
ZENITH MEDICAL

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52 المسنجلات: Tél: 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

58³⁰
⑥ D-ccc
1AP/Se

18³⁰
⑦ Poliparal 500 - 4
1CP = 3 f

T 260, 10



LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux (en face de KFC)

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383
RIB:02178000019002708996357

Facture

CASABLANCA , le 18/01/2022

N° facture : 22-00898

Édité le : 18/01/2022

Patient : Mme BENNANI Sanaa

Date prélèvement 16/01/2022 17:31

Analyses	Nombre B	Montant
BIOLOGIE MOLECULAIRE(RT-PCR-COVID-19)rapide	437	585,58
Total B	437	585,58
APB	1,0	15,00
Total		600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Six cent dirhams***

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ÉCHOGRAPHIQUE



الدكتورة الهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

BENNAWI SACADA
Ordonnance

Casablanca, Le 15/10/1988

Test conducted 11/19/88 CP

A detailed line drawing of a fish specimen, likely a chimaera or shark, showing its elongated body, dorsal fin, pectoral fins, and ventral profile.

~~1~~ ALBURY
Australia
and
Dr. A. L. Burt
Specimens
old success

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca
الهاتف: 06 6146 8449 Téle: 05 22 837444/05 22 283452
زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء



مختبر 2 مارس للتحلييلات الطبية

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

د. بشقرون محمد لطفي

دكتور إحياني سابق

بالمراكز الإستشفائية الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

Prélèvement du : 16/01/2022 17:32
Edition du : 16/01/2022
CIN : j278102

Mme BENNANI Sanaa

Dossier N° : 160122-205

Date de Naissance : 13/02/1973



Page : 1/1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Valeurs Usuelles

Antériorité

DIAGNOSTIC SARS-COV-2 (COVID19) PAR TECHNIQUE RT-PCR

Nature du prélèvement

: Ecouvillon Nasopharyngé

Résultat

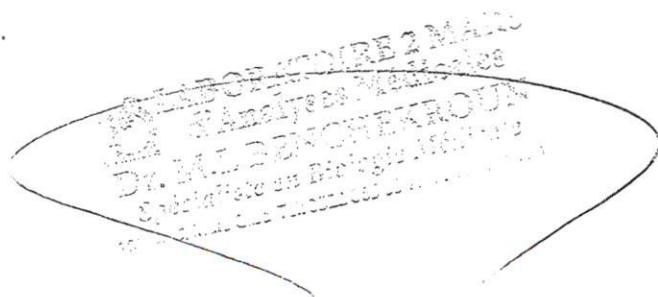
(SaCycler 96(RT-PCR).Kit Sacace Real Time PCR Kit
for detection of SARS-CoV (COVID-19)

: Résultat négatif Absence d'ARN de SARS-CoV-2

La sensibilité des tests RT-PCR utilisés pour le SARS-CoV 2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.

En plus de la PCR, un test sérologique est toujours souhaitable.

Le prélèvement nasopharyngé peut également être réalisé à domicile selon les normes d'hygiène en vigueur. Veuillez contacter le : +212 522 864 844 / +212 771 090 961.



Horaire d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Av 2 mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca

Tél: +212 522 865 054 - Fax : +212 522 864 844 - Urgences : +212 771 090 961 - Email : laboanalyses2mars@gmail.com

0211747700018