

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0039079

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102 Société : 133253
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOSSAIR 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 : BENWANT 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

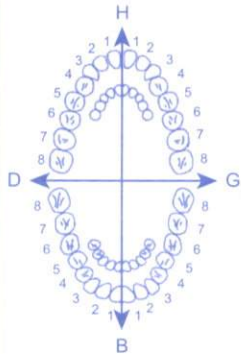
[illegible][illegible][illegible][illegible]

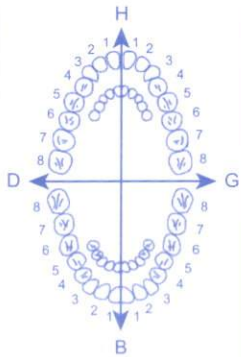
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

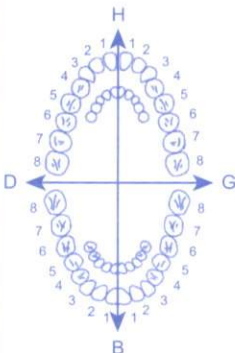
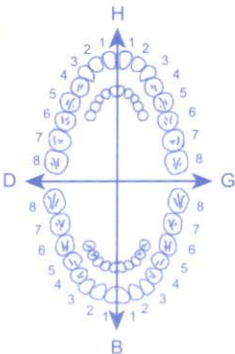
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ACCUEIL > MES PRESTATIONS > ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

N° Immatriculation

Nom et prénom

Date de naissance

CNI/Passport/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

Fermer

Bénéficiaire

Détail

BENNANI SANAA



BENNANI SANAA





إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 26 janvier 2022 التاريخ:
Heure : 08 h 27 WET الساعة:

Destinataire :

المُرسل إليه:

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



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

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,

سديتي، 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 08-09 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: 05 22 41 80 63
الهاتف: 05 22 88 01 93
المنطقة: CASABLANCA
المدينة: Ville 139, Angle Avenue Mers Sultan
et rue Zerhoun

العنوان: MERS SULTAN
Adresse

الوكالة: Agence

le de soins par personne et par

ins doit être accompagnée de
èces justificatives originales
idicales, factures, ...).

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

ces transmises doivent être
des codes à barres des
hetés.

soins ainsi que les pièces
ivent être présentées à la CNSS
mois qui suivent le premier acte
il y a traitement médical continu.
r 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.

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

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

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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 المرسلّة 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 التعريفة 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 والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من
خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر 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 الإجباري
Réservé à la DAMO

		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *		مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

العائلي والشخصي : **BEHNAI Camia**
 لتسجيل : **135333149**
 بطاقة التعريف الوطنية : **135333149**
 N° CIN : **135333149**
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
 Conjoint ☐ زوج
 Enfant ☐ ابن

Adresse : **6, Rue Thibault H. Karam, 4ème étage appartement 101**
Sultan Moulay Ismael

المصاريف : **4010,1** Dhs

لوائح المرفقة : **4**

Declaracion du médecin traitant
 بـح الطبيب المعالج
 تفيد من العلاجات

Bénéficiaire de soins
 م العائلي والشخصي :

Nom et prénom : **الازدياد**

Date de naissance : **135333149**

N° CIN : **135333149**

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى

INPE et code à barres : **09-18-37-70-1**

Médecin traitant : **المؤسسة العلاجية**
 Etablissement de soins : **المؤسسة العلاجية**

Type de soins : **مرض** ☒ **حادث** ☐ **أدوية** ☐ **استشفاء** ☐ **Maternité** ☐ **Hospitalisation** ☐

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
 Fait à : **135333149**
 Le : **135333149**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 Fait à : **135333149**
 Le : **135333149**

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

توقيع وطابع الوكالة
 Cachet et signature de l'Agence

توقيع وطابع الوكالة
 Cachet et signature de l'Agence

توقيع وطابع الوكالة
 Cachet et signature de l'Agence

وصف العمليات الهجرات

CIM-10			
--------	--	--	--

عمليات المساعدين الطبيين

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الإحياء، الأشعة والمصور

ات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المهدنة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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. BERNARDI SANCHEZ
Ordonnance

Casablanca, Le

18/6/2022

55180
T. A. C. 19/06
60140
(1) M. A. T. 19/06
2272
(3) R. A. C. 19/06
14180
(4) U. I. C. 19/06
20180
(5) T. A. C. 19/06

PHARM. DE LA GALIEN
77 RUE DE ROYER CASABLANCA
Tél: 05 22 80 67 87/87 - N° 09248831

3, Rue Abdeslam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca
الهاتف: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52 المستعجلات: 06 61 46 84 49
زققة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

56³⁰
(6) D. ccc
1AP/2e

18³⁰
(7) Poliparacet 500 — 4
11 — 3 f

~~T. 260, 10~~

PHARMACEUTIQUE GALEN
77 RUE DE ROY
BOULEVARD HENRI LAFITTE
TEL. 05 22 80 67 87/87 - N° 0780031
CASABLANCA

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:021780000019002708996357

Facture

CASABLANCA, le 18/01/2022

N° facture : 22-00898

Edité 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***



ECHOGRAPHIQUE



الطب العام
الفحص بالصدى

BEWANNI Saccia
Ordonnance

Casablanca, Le 15/01/2011

Test covered 19 of CP

DR. JAMES E. HARRIS
D.D.S., M.Sc.
Specialist in Endodontics
and Maxillofacial Surgery

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca
الهاتف: 06 61 46 84 49 / Tél: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52
زنگنه عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء



مختبر 2 مارس للتحليلات الطبية

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI
Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

د. بنشكرون محمد لطفي
دكتور إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي الجامعي 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

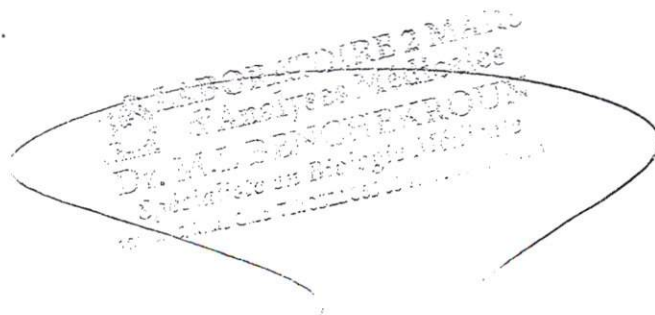
(SaCycler 96(RT-PCR), Kit Sacace Real Time PCR Kit
for detection of SARS-CoV (COVID-19)

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

La sensibilité des test 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
CNSS: 1088382 - TP: 36339707 - INPE: 093062271 - ICE: 002117477000018