

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11858 Société : AA 8562

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKBIL ZAÏNA

Date de naissance : 15/09/1977

Adresse :

Tél. : 0661143402 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 09/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

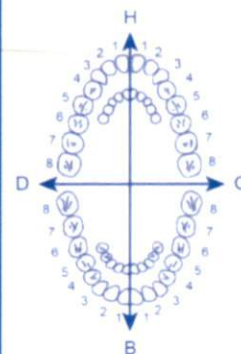
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

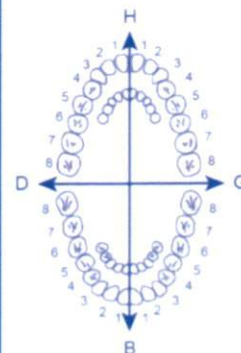
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610 2 06
	Référence structurée : 220313715030078	Emis à Casablanca le : 22/03/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 131248645 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement	OUAZZANI TÔUHAMI MHAMED 10 RUE ABDELHAK BEN MAHYO ETG 8 QU PALMIER CASABLANCA 2034	
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
OUAZZANI TOUHAMI AIDA										
076753712	31/12/2021	CS	MME BELLOUL LAMIA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
076753712	31/12/2021	CS	MME BELLOUL LAMIA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
076753712	31/12/2021	B	BIOLOGIE	407,80	1,10	348,00	1,00	382,80	70	267,96
076753712	31/12/2021	PH	BIOLOGIE	346,20	346,20	1,00	1,00	346,20	70	242,34
076753712	31/12/2021	PHN	BIOLOGIE	167,91	118,90	1,00	1,00	118,90	00	0,00
Total remboursé pour AIDA										720,30
Total général remboursé										720,30

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam BEAUSEJOUR 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 39 32 84/53 - 06000 503 40 - Whatsapp Accueil 06 63 790 723

Fax: 05 22 39 33 65 www.labobenjelloun.ma

IF 51102718 - CNSS 6441662 - PATENTE 34823087 - INP 097 159 024 - ICE 0016863160000

FACTURE N°: 2201152061

ORGANISME: CNSS

Mlle AIDA OUAZZANI TOUHAMI

Date: 15-01-2022

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B

Total des B: 348

Montant total de la facture: 407.80 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **quatre cent sept dirhams quatre-vingts centimes.**

مختبر بنجلون
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam Beausejour
Casablanca
Tel: 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53

Docteur Lamia BELLOUL

Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, de l'ongle, du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles,
Médecine esthétique, cosmétologie,
Allergologie, lazer



الدكتورة لمياء بلول

إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد،
الأظافر، الشعر والأمراض التناسلية
طب التجميل - التجاعيد والحساسية
الليزر

DERMATOLOGUE - VENEREOLOGUE

Casablanca le : 31/12/2021

Mlle Ouazzani. Aida

NFS / Féminine

مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 05 22 90 50 34 - 06 22 39 32 84 63
Fax : 05 22 90 50 35

BELLOUL LAMIA
Dermatologue - Vénérologue
Rue de l'Atlas Cité des Jeunes
Appt 11 - CIL - Casablanca
Tél : 05 22 90 75 75 / 05 22 90 76 76

LABO BENJELLOUN
Mlle OUAZZANI TOUHAM
DDN 26-04-2009



2201152061

ORDONNANCE

imm. 3, Appt 11, Cité des Jeunes, rue de l'Atlas, CIL, Casablanca 20210.

إقامة الشباب - زنقة الأطلس سيال عمارة رقم 3 - الشقة 11 - الدار البيضاء 20210



l_belloul@hotmail.com



05 22 90 75 75 - 05 22 90 76 76

تعلیمات یجب اتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être jointe à toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, factures, etc.).

Le nom et prénom de la patiente doivent être portés par les praticiens 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 et réglementaires.

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

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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية
المسترة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبائية 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 بطل رهننا بطلب الموافقة المسسقة.


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

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

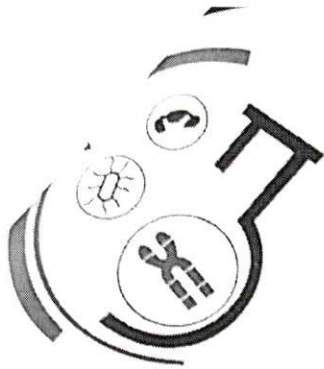
كل من ثبت عليه غش أو نصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع ومطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	Date d'arrivée : تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :	

 الضمان الاجتماعي +الحوث+العدا CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإحصائي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم Réf. - 610-1-22
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : OUAZZANI ROUHANI		الاسم العائلي والشخصي : MILHAMED	
N° Immatriculation : 13112486451		رقم التسجيل :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعرف الوطنية : 1315711281	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن	
Adresse :			
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : OUAZZANI ROUHANI AIDA		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : 12.11.1959		تاريخ الميلاد :	
N° CIN :		رقم بطاقة التعرف الوطنية :	
Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> مذكر <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس :	
INPE et code à barres **			
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		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"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.	
Fait à : 14.11.2022		Fait à : BA	
Le :		Le :	
Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

• Cocher la mention utile pour chaque case
• Coler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres



مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales
Beauséjour

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Dr. Najib BENJELLOUN

Médecin Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon
Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

Mlle OUAZZANI TOUHAMI AIDA

Date de naissance: 26-04-2009

Dossier N° : 2201152061



DR LAMIA BELLOUL

Date de l'examen: 15-01-2022

BIOCHIMIE SANGUINE – BILAN MARTIAL

COBAS C311 (ROCHE) – COBAS E411 (ROCHE)

Ferritine

(Technique immunoturbidimétrique)

10,5 ng/mL

(13,0–150,0)

مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél: 06000 503 40 - 0622 39 32 84/83
Fax: 0622 39 33 65



Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50 - WhatsApp: 06 63 790 723

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax: 05 22 39 33 65

benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway: Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS: 6441662 - IF: 51102718 - PATENTE: 34800779 - ICE: 001686316000007 - INPE: 097 159 024

Docteur Lamia BELLOUL

Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, de l'ongle, du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles,
Médecine esthétique, cosmétologie,
Allergologie, lazer



الدكتورة لمياء بلول

إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد،
الأظافر، الشعر والأمراض التناسلية
طب التجميل - التجاعيد والحساسية
الليزر

DERMATOLOGUE - VENEREOLOGUE

Casablanca le : 16/1/22

Mlle Azzenni Aida

(60.00x5)

1) Forplex amp :

S.V

2 amp / 8 p 2 mois

2) vitaine C - Alerola

3) Veno X

2 Boites



صيدلية المدينة الخضراء
PILLOLIERIE GREEN TOWN
Rue de l'Atlas - des Jeunes - imm. 3
Centre Commercial Casablanca
Tél: 05 22 90 75 75 - 05 22 90 76 76

Dr. BELLOUL LAMIA
Dermatologue - Vénérologue
Rue de l'Atlas - des Jeunes - imm. 3
Appt 11 - CIL - Casablanca
Tél: 05 22 90 75 75 / 05 22 90 76 76

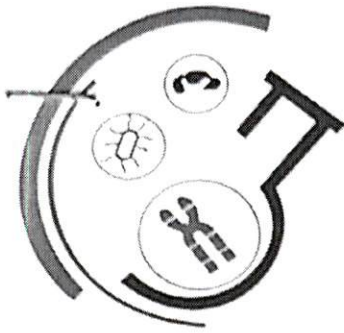
395.50

Imm. 3, Appt 11, Cité des Jeunes, rue de l'Atlas, CIL, Casablanca 20210.

إقامة الشباب - زنقة الأطلس سيال عمارة رقم 3 - الشقة 11 - الدار البيضاء 20210

l_belloul@hotmail.com

05 22 90 75 75 - 05 22 90 76 76



مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales
Beauséjour
BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Dr. Najib BENJELLOUN

Médecin Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon
Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

Mlle OUAZZANI TOUHAMI AIDA

Date de naissance: 26-04-2009

Dossier N° : 2201152061



DR LAMIA BELLOUL

Date de l'examen: 15-01-2022

HEMATOCYTOLOGIE

PENTRA 80XL (ABX) - KX21N (SYSMEX) - ISED (ALCOR SCIENTIFIC)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Globules Rouges (Erythrocytes)	<u>4,12</u>	M/ μ L	(4,50-5,70)
Hémoglobine	<u>10,4</u>	g/dL	(12,5-15,0)
Hématocrite	<u>32,2</u>	%	(37,0-47,0)
VGM (Volume globulaire moyen)	<u>78,0</u>	fL	(82,0-98,0)
TCMH	<u>25,2</u>	pg	(26,0-32,0)
CCMH	<u>32,2</u>	g/dL	(32,0-36,0)

Globules Blancs (Leucocytes)

6 100 /mm³ (4 000-10 000)

1-Polynucléaires Neutrophiles	33,0%	Soit	2 013/mm ³	(1 500-7 500)
2-Polynucléaires Eosinophiles	8,0%	Soit	<u>488</u> /mm ³	(80-400)
3-Polynucléaires Basophiles	1,0%	Soit	61/mm ³	(0-100)
4-Lymphocytes	51,0%	Soit	3 111/mm ³	(1 500-6 000)
5-Monocytes	7,0%	Soit	427/mm ³	(200-1 000)

PLAQUETTES

321 000 /mm³ (150 000-450 000)

Conclusion: Anémie hypochrome microcytaire ferriprive.

Frottis présentant une légère éosinophilie.

Un dosage des IgE totaux est souhaitable pour bien confirmer l'éventuelle ALLERGIE.

مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Boulevard Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél: 06 63 45 60 50 / 06 63 790 723
Fax: 06 63 45 60 50



Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50 - WhatsApp : 06 63 790 723

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65

benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS : 6441662 - IF : 51102718 - PATENTE : 34800779 - ICE : 001686316000007 - INPE : 097 159 024