

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0040402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société : Mupras
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KANA Neïen venue ESSRAA Nohad
Date de naissance : 13/05/1970
Adresse : SKELINI Lot 82 Rue 17 Casa HA
Tél. : 0661 517709 Total des frais engagés : 70000 Dh Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 2024


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) :

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 15/01/2024	أصل ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 110794049 Règlements de la période du : 15/01/2024 : من au : 15/01/2024 : إلى		Destinataire KANA MARIEM المرسل إليه	

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الآراء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KANA MARIEM											
147947226	03/01/2024	PH	PHARMACIES D	228,70	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	13/01/2024	160,09
147947226	03/01/2024	B	OFFICINES ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES	888,00	858,00	780,00	1,00	858,00	70,00	13/01/2024	600,60
147947226	03/01/2024	CS	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947225	02/01/2024	T233	RADIOLOGIE METABOLIQUES	600,00	410,00	41,00	1,00	410,00	70,00	13/01/2024	287,00
147947225	02/01/2024	R402	RADIOLOGIE	600,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
147947227	02/01/2024	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	13/01/2024	105,00
147947227	02/01/2024	P	GYNECO OBSTETRIQUE	250,00	249,70	227,00	1,00	249,70	70,00	13/01/2024	174,79
147947227	02/01/2024	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	13/01/2024	140,00
Total remboursé											1712,48
Total général remboursé											1712,48

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 بوابة المؤمنة للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمعجب الإلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكلر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)
Tél : 05 22 44 51 00
Fax : 05 21 44 52 30
Gsm : 06 61 32 20 02

Ca le: 04/01/2024

Casablanca le : 04 JAN 2024

Facture N° 200495807
ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs
sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant

à la somme de: 250,00 DH

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 04/01/2024

Pour MME KANA MERIEM

Sur ordonnance du DR: EL HOUARI

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
310, Rue Omar Riffi, Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02

310, Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - Gsm : 06 61 32 20 02
Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - Casablanca
Email : laboratoirealaoui@gmail.com
N° INPE 091207704

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Pathologiste
Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)
Tél : 05 22 44 51 00
Fax : 05 21 44 52 30
Gsm : 06 61 32 20 02

Casablanca le : 04 JAN 2024

Nom et prénom: MME KANA MERIEM
Sur ordonnance du Dr: EL HOUARI
N° d'anapath: 017ACL0124
Parvenu au laboratoire le 04/01/2024
Organe ou siège du prélèvement: Col utérin
Renseignements cliniques: Age: 53 ans
Ménopausée
RAS

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du prélèvement : Optimale

Diagnostic descriptif :

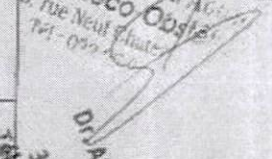
1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimentueuses : Intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Nombreuses normales

Conclusion

- Frottis cervical jonctionnel atrophique et dystrophique
- Absence de signe d'infection à HPV
- Absence de signe de métaplasie, de dysplasie ni de néoplasie

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi, Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02

310, Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - Gsm : 06 61 32 20 02
Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - Casablanca
Email : laboratoirealaoui@gmail.com
N° INPE 091207704

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre de cotation NGAP / NABM	القيمة المدفوعة Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue Gynéco-Obstétricien	
21/2/24			300,00	 Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid 310, Rue Omar Riffi - Casablanca Tél: 05 22 44 51 00 / Fax: 05 22 44 52 30 GSM: 06 61 32 20 02	
INPE et code à Barres 012110537012					
04 JAN 2024	227	250,00			
INPE et code à Barres 012110537012					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المدفوعة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
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	Prix Total



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologist

Demande d'examen

De la part du Dr. Dr. EL HOUARI Abderrahim
 Nom et Prénom du Patient Dr. EL HOUARI Abderrahim
 Âge 35 ans
 Date du prélèvement 21/2/24
 Référence FCV
 Renseignements cliniques et paracliniques Mucosa cervicale
 Siège du prélèvement Cervix utérin
 Nature de l'acte réalisé Col utérin
 Thérapeutique préalablement instituée Non
 Actes chirurgicaux antérieurs avec références Non
 Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☒
 Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles
- Parité
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle

FCV : Vagin ☐ Exocol ☒
 CBE : Endomètre ☐

Dr. EL HOUARI Abderrahim
 Gynéco-Obstétricien
 18, rue Neuf Chateau - Casablanca
 Tél : 02 2 26 07 85 14
 Signature et Cachet

310, Rue Omar Riffi Tél.: 05 22 44 51 00 - Fax : 05 22 44 52 30
 Patente N° 34306984 - Casablanca
 Email : laboratoirealaoui@gmail.com

0660 51 13 09

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الاجتماعي
Ministère de l'Assurance Maladie
Obligatoire

080 203 3333

N° Dossier: 0660 51 13 09

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom: KANA Neta

N° (matriculation): 119 294049

N° CIN: 0660 51 13 09

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e):

Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre ☐

Adresse: 0660 51 13 09

Montant des frais: 100,00 Dirhams

Nombre de pièces jointes: 0

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins:

Nom et prénom: EL HOUARI Abdelrahman

Date de naissance: 08/10/1982

N° CIN: 0660 51 13 09

Sexe: M ☒ F ☐ A ☐

INPE et code à Barres: 0660 51 13 09

Medecin traitant: EL HOUARI Abdelrahman

Etablissement de soins: 0660 51 13 09

Type de soins:

Hospitalisation ☐ Maternité ☐ Accident ☐ Maladie ☒

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Signature de l'assuré(e): 0660 51 13 09

Signature du médecin traitant: 0660 51 13 09

080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 7186 Cas. Gare Téléphone: 080 203 3333

Description des actes effectués

توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature et Cachet du Médecin traitant

تاريخ العمليات
Date des actes

رمز العمليات
Code des actes

معامل العمليات
Lettre clé + cotation NGAP

المبلغ المفقوت
Montant facturé

INPE et code à Barres: 0660 51 13 09

CIM-10: 0660 51 13 09

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين
Signature et Cachet du Paramédical

تاريخ العمليات
Date des actes

رمز العمليات
Code des actes

معامل العمليات
Lettre clé + cotation NGAP

عدد العمليات
Nbre d'actes

المبلغ المفقوت
Montant facturé

INPE et code à Barres: 0660 51 13 09

CIM-10: 0660 51 13 09

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision