

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0050425

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Naziane Khadige
Date de naissance : 15.6.01
Adresse : 57 Rue de Rome Casablanca
Tél. : 0661 993361 Total des frais engagés : 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 :

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) :

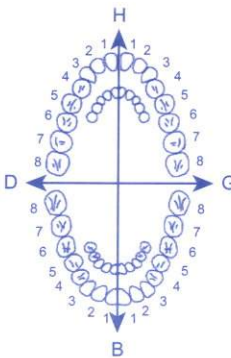
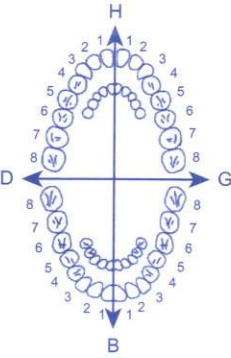
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			
	[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

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

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	

DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : 08/04/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 193198317

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

MANSOURI HASSAN

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 07/04/2023 : من
au : 07/04/2023 : إلى

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	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
MANSOURI HASSAN											
116961638	13/03/2023	PH	PHARMACIES D	104,00	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	07/04/2023	68,25
116961638	13/03/2023	B	OFFICINES LABORATOIRES D	350,00	352,00	320,00	1,00	352,00	70,00	07/04/2023	245,00
116961638	13/03/2023	C	ANALYSES	120,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	07/04/2023	56,00
116961638	13/03/2023	BDLA		475,00	300,00	1,00	5,00	1500,00	70,00	07/04/2023	332,50
Total remboursé											701,75
Total général remboursé											701,75

- 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 البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال للضمان على الأرقام

pharmacie Lycée Mohamed 5

DR. LAHLOU MOHAMED

0522854395

28 bis , Rue Salonique (Angle Rue de Rome), Casablanca



Facture N° 20230321-109

Date de vente : 15/03/2023
Médecin traitant :

MANSOURI HASSAN

CASABLANCA, Maroc

Produit	Qte	P.U	TVA	Total
ON CALL PLUS BANDELETTE B25	5	95,00	TVA (20.00%)	475,00

pharmacie Lycée Mohamed 5

DR. LAHLOU MOHAMED

0522854395

28 bis , Rue Salonique (Angle Rue de Rome), Casablanca



Facture N° 20230321-109

Date de vente : 15/03/2023
Médecin traitant :

MANSOURI HASSAN

CASABLANCA, Maroc

Produit	Qte	P.U	TVA	Total
ON CALL PLUS BANDELETTE B25	5	95,00	TVA (20.00%)	475,00



مختبر النيل للتحليلات الطبية
المذكورة هـ دى بوطيب مختبر
طبية اختصاصية في التحليلات الطبية

Casablanca le 14-03-2023

Demande N° 2303140100
Date de l'examen : 14-03-2023

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Cholestérol HDL	B50	B
	LDL calculé	B50	B
	Triglycérides	B60	B
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

TOTAL DOSSIER : 350.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirhams

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C.D Casablanca
Tél: 05 22 55 69 49 / 50

Docteur Driss ABDELKARIM

Médecine Générale
Ex. médecin Militaire
Diplômé en Echographie
Membre de l'Association Marocaine
des Echographistes

الدكتور أدريس عبد الكريم

الطب العام
طبيب عسكري سابقا
دبلوم في الفحص بالصدى
عضو في الجمعية المغربية
للفحص بالصدى

Casablanca, le 14/05/25 في الدار البيضاء.

MANOUCHE - HASSAN

Driss

1/ Echographie son

10h - 12h - 14h - 16h - 18h - 20h

(traitement de 3h)

1/ Echographie (an echo) (5h)

شارع بوشعيب الدكالي، عين الشفاء 2، زنقة 40 رقم 51 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.28.44.25
Bd. Bouchaib Doukali, Aïn chifa 2, Rue 40 N° 51 - Casablanca - Tél. : 05.22.28.44.25
E-mail : taфраouti@gmail.com

Docteur Driss ELKARIM

Médecine Générale
Ex. médecin Militaire
Diplômé en Echographie
Membre de l'Association Marocaine
des Echographistes

الدكتور إدريس عبد الكريم

الطب العام
طبيب عسكري سابقاً
دبلوم في الفحص بالصدى
عضو في الجمعية المغربية
للفحص بالصدى

Casablanca, le 13/03/23 في الدار البيضاء،

MANSOURI - HASSAN

1/ Hb

2/ CD - HbL - LpL

3/ Enzyme

4/ Acid

LABORATOIRE
DR BOUYATIER
DR ABDELKARIM DRISS
MÉDECINE GÉNÉRALE
51, RUE 40 AIN CHIFA 2
CASABLANCA
Tél: 05 22 28 44 25

LABORATOIRE MANSOURI

Mr MANSOURI Hassan
06-05-1956 M



2303140100

A coller sur l'ordonnance

شارع بوشعيب الدكالي، عين الشفاء 2، زنقة 40 رقم 51 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.28.44.25

Bd. Bouchaib Doukali, Aïn chifa 2, Rue 40 N° 51 - Casablanca - Tél. : 05.22.28.44.25

E-mail : tafraouti@gmail.com