

## 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

- 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

N° W21-781514

*par courrier*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHIAOMI AFI FA

Date de naissance : 07/10/1957

Adresse : HABI RUEUR

Tél. : 066.1095613 Total des frais engagés : 422,3 EUR + 300 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 :

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 : 10 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-781514

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2509

Nom de l'adhérent(e) : CHIAOMI

Total des frais engagés : 422,3 EUR + 300 DHS

Date de dépôt : 10



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature <sup>®</sup> du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

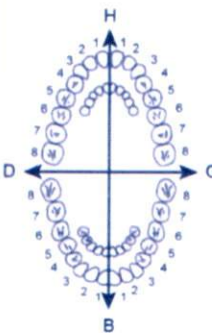
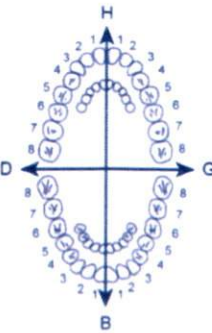
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>								
				Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
				Montants des Soins <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
				Début d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
				Fin d'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>B</span> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
			Date de l'exécution <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

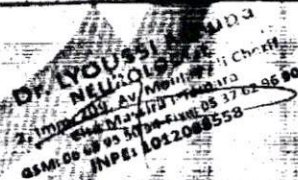
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION







Description des actes effectués					وصف العمليات المبررة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
22/02/23	C6	-	300 dh,			
INPE et code à Barres 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1						
INPE et code à Barres 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1						

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



الضمان الاجتماعي  
الجمعية المغربية  
CNS

Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE

RABAT SALE

AGENCE RABAT YEM

## ACCUSE DE RECEPTION MANUEL



AMO



PV



IJM-PRO



AF



RC



Autre : .....

N° CNSS : ..... 176 44 06 10

N° DOSSIER (s) : ..... 1005 77 037

1005 77 038

Matricule Collaborateur : .....

هام جدا

Date : ... 28/03/2023

للإطلاع على عدد الأيام المصرح بها  
و لتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات  
المرجو الإتصال بـ 080 20 30 100

أو زيارة وكالة المؤمن له

عبر الموقع [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)

أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال  
080 200 7200  
080 203 3333

للمزيد من المعلومات



SELAS PHARMACIE DES SPORTS

2 place du Gal Koenig

75017 PARIS

752041608

Tel : 01 45 74 31 10

INSEE:

RUE

Fact. Num. : 1157927

Date Fact. : 12/03/2003

Date Ord. : 12/03/2003

Medecin: MELECH Etranger

Code Op: 12

Malade: SPAIRI ABEL

75017 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Priv/U	BaseSS	MD	TSSS
3	FILUTEK CPR BT 5	3400934164682	138,33	-	1,02	0
6		Dus: 3	Order: 1257927			
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	MDR					
1	Honor. dispens.		3,57	-		0
	MDR					

MONTANT TOTAL : 422,13

MONTANT AMO : 0,00

MONTANT AMO : 0,00

MONTANT ASSURE : 422,13

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 622-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

**Dr. LYOUSSI MOUNA**

**Neurologue - Epileptologue**  
(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux  
Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - EMG



**الدكتورة اليوسي موني**

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع  
الكبار والصغار

أمراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ الشبكية

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

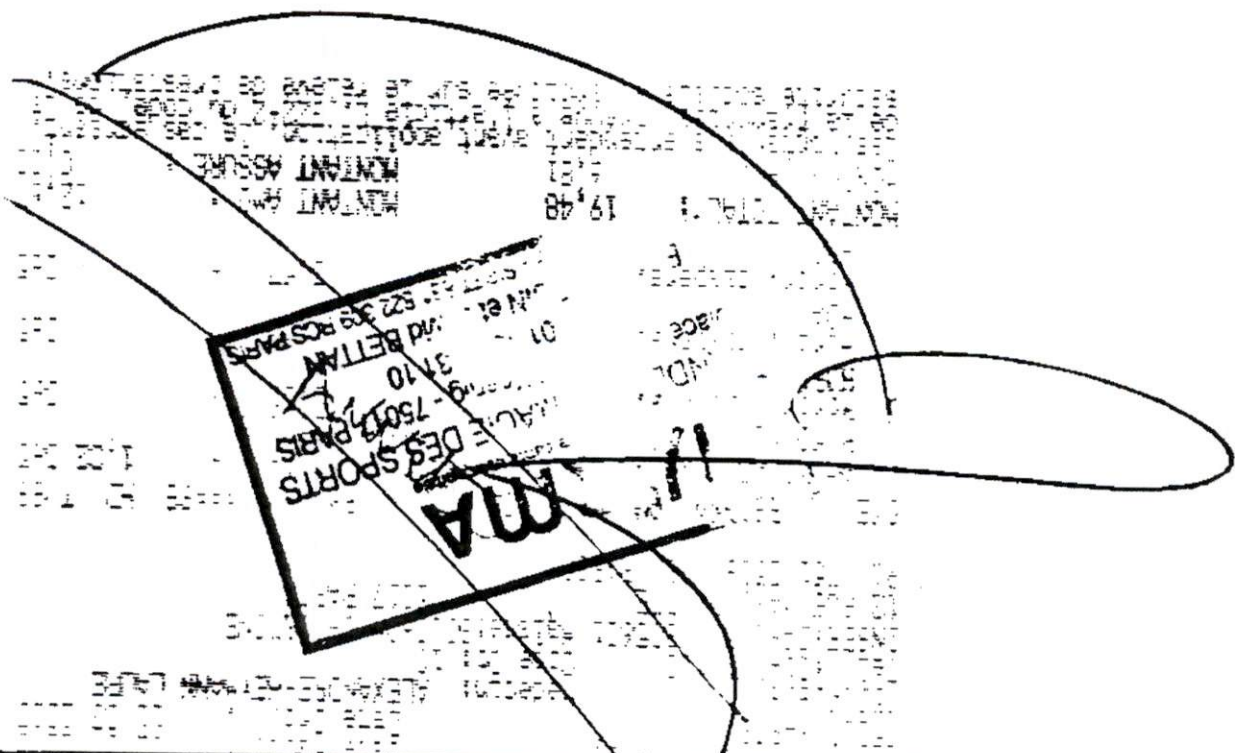
تمارة في 08 نونبر 2013

N. BRAIRI

أحمد: عبد الله

11. Rikutek 30mg

14x24 pdt 03 mois



عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف المسيرة 1 - عمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90



SELAS PHARMACIE DES SPORTS

2 place du Bal Koenig

75017 PARIS

752041608

Tel : 01 45 74 31 10

INSEE:

RUE

Fact. Num. : 1157937

Date Fact. : 12/03/2003

Date Ord. : 12/03/2003

Médecin: MEDELIN Etranger

Code Op: 12

Malade: SAIRI ABEL

75017 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Pris/0 BaseSS	MD	TxSS
3	MILUTEK CPR BT 5	340093416-682	138.33	-	1.02 0
1	Honor. dispens.	Dur: 3	Order: 1257927	0.51	- 0
1	Honor. dispens.	MD	3.57	-	0

MONTANT TOTAL : 422,13

MONTANT AMO : 0,00

MONTANT AMO : 0,00

MONTANT ASSURE : 422,13

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 172-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.







Casablanca le 14/02/2022 الدار البيضاء في

Direction des Prestations de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

SRAIRI ABDELILAH  
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL  
ABED SKHIRAT  
TEMARA

Réf : Numéro d'Immatriculation : 176440610  
Bénéficiaire : SRAIRI ABDELILAH

**Objet :** Avis favorable pour le remboursement en  
votre faveur du médicament «RILUTEK»

**الموضوع :** موافقة متعلقة بتعويضكم عن مصاريف الدواء  
«RILUTEK»

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

En réponse à votre demande, nous vous informons de notre accord pour le remboursement en votre faveur du médicament «RILUTEK», à compter du 28/02/2022 ce tant que les conditions d'ouverture de droits à l'Assurance Maladie Obligatoire seront remplies.

جوابا على طلبكم، نخبركم بموافقتنا لتعويضكم عن مصاريف الدواء «RILUTEK»، ابتداء من 28/02/2022 وذلك ما دمتم تتوفرون على شروط الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري عن المرض

Ainsi, nous vous invitons à joindre une copie de cet accord à chaque dossier de remboursement déposé par vos soins en rapport avec ledit médicament.

و عليه، ندعوكم إلى إرفاق نسخة من هذه الموافقة إلى كل طلب تعويض عن مصاريف هذا الدواء.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur,, en l'expression de nos sincères salutations.

وتقبلوا سيدتي، سيدي، خالص تحياتنا.

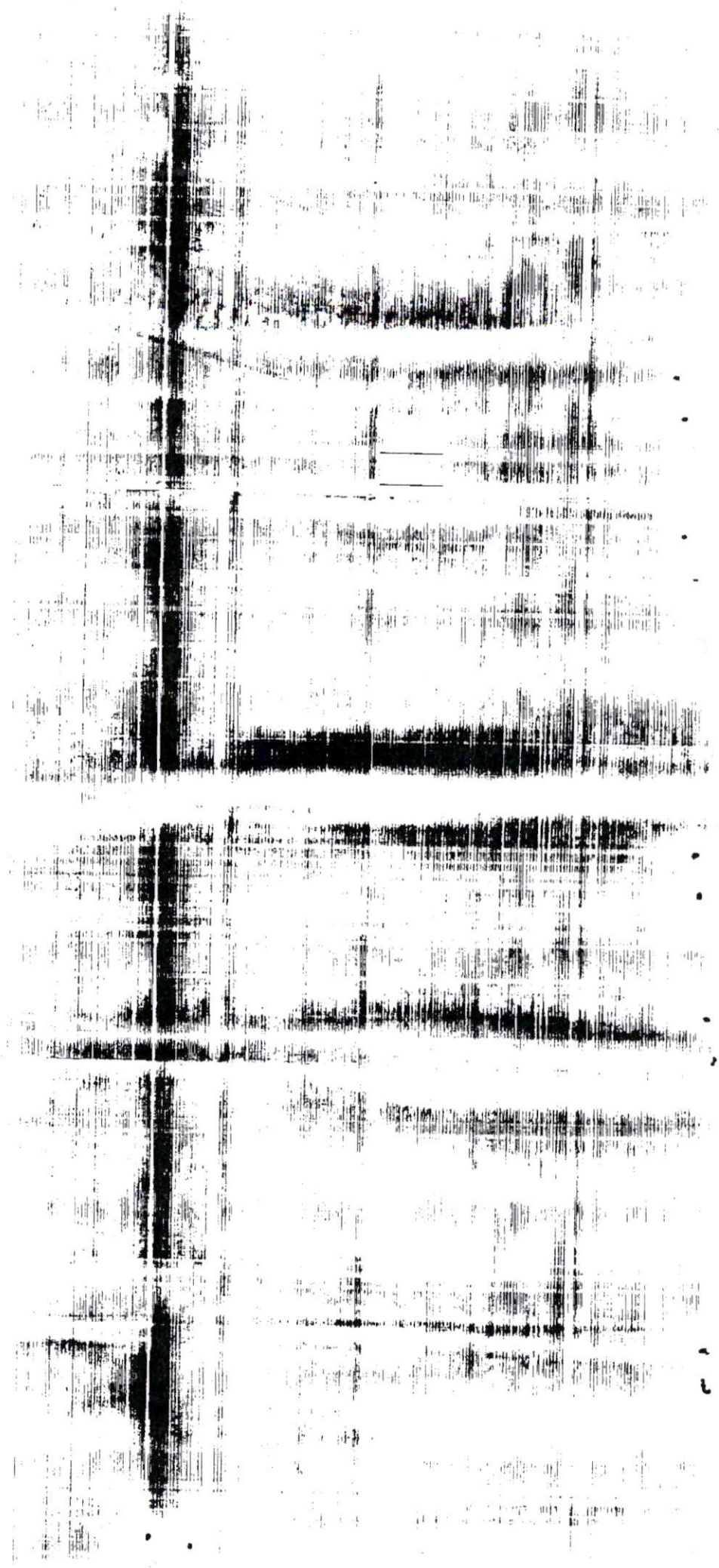
قسم المراقبة الطبية القبلية و مراقبة تعويضات التأمين الإجباري عن المرض  
Division du Contrôle Médical à Priori et des Prestations AMO



Sauf erreur ou omission

تحت جميع التحفظات





SELAS PHARMACIE DES SPORTS  
Elodie SEGUIN  
2 place du Gal Koenig  
75017 PARIS  
FRANCE  
Tel: 0145743110  
N° SIRET: 83181806700017  
Code NAF: 4773Z - FR83182230971

Page 1 / 1

FACTURE

N°6007/1157933

Du 12/03/2023

Date de l'échéance 13/03/2023

SRAIRI ABDEL  
rue  
75017 PARIS

Prescripteur : MEDECIN Etranger  
N° AM : 921189601  
Opérateur: ELODIE S

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	TVA	Montant Total HT
RILUTEK CPR BT 56 3400934164682 N° Ordonnancier : 1257927	PH7	0	3	135,485	2,10%	406,45
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
413,45	2,1% (4)	8,68	422,13
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
413,45		8,68	422,13

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	422,13

Mode(s) de règlement	
Espèces	422,13

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1