

# 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 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 tous les 6 mois.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-803883

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom :

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 :

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 : 07 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



[illegible][illegible]

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

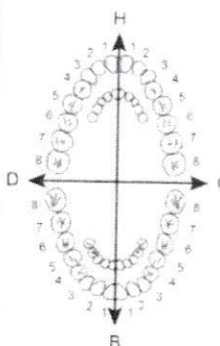
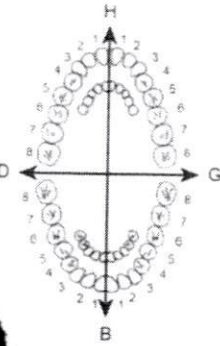
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	INP : <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession																											

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

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 : أصدر ب  
Le : 24/05/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 110473031

رقم التسجيل  
أداءات الفترة

Règlements de la période

du : 24/05/2023 : من  
au : 24/05/2023 : إلى

Destinataire

ABATAL RADOUANE

Veillez 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  
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	اساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	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 rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ABATAL RADOUANE											
114715910	13/05/2023	CG	ENDOCRINOLOGIE ET	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	24/05/2023	0,00
114715910	13/05/2023	B	MALADIES LABORATOIRES D METABOLIQUES	378,00	363,00	330,00	1,00	363,00	77,00	24/05/2023	279,51
114715910	13/05/2023	CS	ANALYSES ENDOCRINOLOGIE ET	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	24/05/2023	115,50
114715910	13/05/2023	PH	MALADIES PHARMACIES D METABOLIQUES OFFICINES	2364,50	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	24/05/2023	1820,67
Total remboursé											2215,68
Total général remboursé											2215,68

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للزبد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



0661341332

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>	<p>Ref. ANAM 1.202.01</p>
	<p>* موافقة مسبقة</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ</p> <p>Exécution *</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ABATAL RADOUANE

N° Immatriculation : 11104730311

N° CIN : B1-205127

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

Conjoint ☐ زوجEnfant ☐ ابن

Adresse : 10711 L'Assurance Maladie - Rue Ibnou JAHIR

Montant des frais : 3042,50 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 10

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins ABATAL Radouane

Nom et prénom :

Date de naissance : 11/11/1975

N° CIN : 11104730311

Sexe \* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD \* : Oui ☒ Non ☐

N° dossier ALD : 112053189

Code ALD : 112053189

Maladie \* ☐ مرضHospitalisation ☒ استشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les renseignements portés ci-avant être exacts.

Fait à :

Le :

40, Angles 05 22 2023 45 / 09 22 45 27 75

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* إلتقط الخانة المناسبة

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP		
				المبلغ المفوتر Montant facturé		
				توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
13-5-2013				93000001		
INPE et code à Barres						
16-5-2013				Control Cauter		
INPE et code à Barres						

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes			معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							



Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue			
15 05 23	8330		375	<p>Biologiste</p> <p><b>CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA</b></p> <p>Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI</p> <p>Biologiste</p> <p>394, Bd. Zerkouni - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13</p>			
INPE et code à Barres							
INPE et code à Barres							

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن الموفتر</p> <p>Prix facture</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>16 - 05 - 2023</p>	<p>2364</p>	<p><b>PHARMACIE LA BRISE</b>  <b>Dr. SELASSI Nadjess</b>  38, Rue Abou Abass El Aziz Maatfi Casa  Tél: 0522 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70  ICE: 001688166000012</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>1 9 9 1 2 4 2 1 3 1 2 1 1 3 1 4 1</p>	<p>PHARMACIE  <b>Dr. SELASSI Nadjess</b>  38, Rue Abou Abass El Aziz Maatfi Casa  Tél: 0522 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70  ICE: 001688166000012</p>	
<p>INPE et code à Barres</p> <p>1 _ _ _ _ _</p>		

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



Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous

الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
بالموعد

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa

Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

INPE: 091130393 - ICE: 001697433000063

Casablanca

الدار البيضاء في: 2023

437,00

ABATAL

RAVAGONE

TAUMIET 50/1000

2cp matin  
2cp soir

au milieu

du repas

5 mois

Apresc 550/50

2cp matin

5 mois

PHARMACIE LA BRISE  
Dr. SELASSI NARJISS  
38, Rue Abou Abass el Azzi Maarif - Casa  
Tél: 0522 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70  
ICE: 00168816600012

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75  
INPE: 091130393 - ICE: 001697433000063

PHARMACIE LA BRISE  
Dr. SELASSI NARJISS  
38, Rue Abou Abass el Azzi Maarif - Casa  
Tél: 0522 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70  
ICE: 00168816600012





Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/10mg B28  
Cp Pel  
PPV : 179,50 DH  
  
6 118001 082032



**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 13.5.2023 : الدار البيضاء، في :

NR ABATAL Dadaone

Glycémie à jeun

HBA1c

Acide urique

Cholestérol total

LDL HDL

Triglycérides

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 98 - Fax: 05 22 27 48 13

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75  
INPE: 001139394 - ICE: 001697433000063



# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA  
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006  
CNSS : 6368949 IF : 51786580– ICE : 002982351000006

**FACTURE N° : 230500549**

Casablanca le 15-05-2023

Mr ABATAL Radouane

Date de l'examen : 15-05-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0100	Acide urique	B30
0106	Cholestérol total	B30
0118	Glycémie	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80
0134	Triglycérides	B60
	LDL calculé	B0
	NON HDL calculé	B0

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 378.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante-dix-huit dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13