

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'El
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

Complément
Déclaration de Maladie
M23-014368

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12161 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Karim EL ALAOUI Asmaa
Date de naissance : 12/10/1982
Adresse :
Tél. : 066 275 572 Total des frais engagés : 163589 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 :

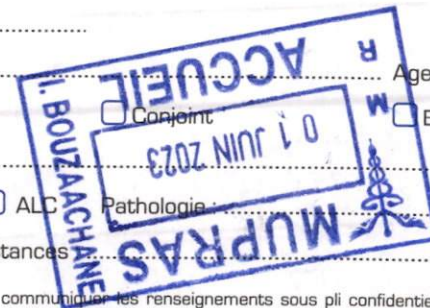
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 30/05/2023

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

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

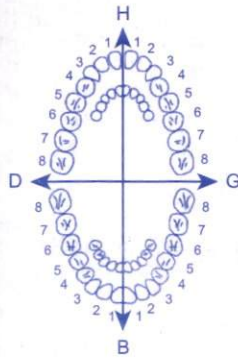
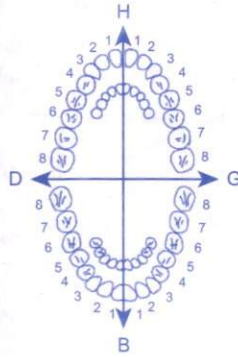
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 : 26/05/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 133927362

رقم التسجيل

Destinataire
EL YOUSFI TAHA

المرسل إليه

Règlements de la période

du : 26/05/2023

من

au : 26/05/2023

إلى

أداءات الفترة

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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
EL YOUSFI ISMAIL											
94085535	18/03/2023	AMK	PEDIATRIE	3500,00	50,00	1.00	10,00	500,00	70,00	26/05/2023	350,00
Total remboursé											350,00
EL YOUSFI SAMY											
94085534	18/03/2023	AMK	PEDIATRIE	3500,00	50,00	1.00	10,00	500,00	70,00	26/05/2023	350,00
Total remboursé											350,00
Total général remboursé											700,00

- 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 أو الضمان على الأرقام



Cabinet Zineb IDADDI
Psychologue Clinicienne – Psychothérapeute

Calendrier des séances

Nom et Prénom du patient : El Yousfi Ismail

Date	Nombre du séance
21/03/2023	S1
24/03/2023	S2
28/03/2023	S3
31/03/2023	S4
04/04/2023	S5
07/04/2023	S6
11/04/2023	S7
14/04/2023	S8
18/04/2023	S9
21/04/2023	S10

Cachet et signature



Cabinet Zineb IDADDI
Psychologue Clinicienne

Facture

Nom et Prénom du patient : El Yousfi Ismail

Facture N°	10-23
DATE	21/04/2023
DIAGNOSTIC	Difficulté de concentration
PRIX UNITAIRE	350 DHS
TOTAL	3500 DHS

Arrêtée la présente **Facture** à la somme de : Trois Mille Cinq Cent Dirhams

Cachet et signature

Dr. Mohamed LARAKI

Ancien Interne du CHU

Ancien Enseignant au CHU de Casablanca

PEDIATRE

Maladies des Enfants et Nourrissons

818, Boulevard El Qods à 300m du Boulevard Taddert

Casablanca - Tél.: 05 22 27 47 91 / 05 22 20 08 28

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 18.3.23 في الدار البيضاء

El Yousfi Ismail

Difficulté de concentration et de l'écrit

10 séances de psychomotricité

Dr. Mohamed LARAKI
PEDIATRE
818, Boulevard El Qods à 300m du Boulevard Taddert
Tél.: 05 22 27 47 91 / 05 22 20 08 28

[Signature]

Le Docteur assure les urgences à la clinique : ATFAL

الدكتور محمد العراقي

طبيب داخلي سابقا ومدرس سابقا

بالمركز الصحي الجامعي

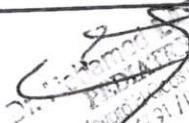
إختصاصي في طب الأطفال

والرضع

818, شارع القدس على بعد 300 متر من شارع تدارت

الدار البيضاء - هاتف : 05 22 27 47 91 / 05 22 20 08 28

بالموعد

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre de cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
18/3/23	C		5000	 Dr. Mohamed LAPAR 818 Boulevard des Méditerranéens Tel: 05 22 21 41 91 / 05 22 20 05 28		
INPE et code à Barres 109110911483						
INPE et code à Barres 111111111111						

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
09-04-23 (Facture)			psy - 10 Scaletes psychothérapius	3600,00 ohs.		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _						

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02	رقم ANAM : 1.2.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution			

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : **El Yousfi Tuba**
 رقم التسجيل :
 N° Immatriculation : **1339273162**
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **F1402072**
 N° CIN :
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)
 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : **Adresse :**

مبلغ المصاريف : **Dhs.**
 عدد الوثائق المرفقة :

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج
 المستفيد من العلاجات
 الاسم العائلي والشخصي : **El Yousfi Tuba**
 تاريخ الميلاد :
 Date de naissance :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 الجنس :
 N° CIN :
 Sexe : ☐ ذكر ☐ أنثى

INPE et code à Barres**

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant
 الطبيب المعالج

Etablissement de soins
 المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation ☐ إستشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☒ مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 Fait à : **Casablanca**
 Le : **15/05/2013**
 توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
 Fait à : **Casa**
 Le : **15/05/2013**
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

DR. Mohamed KARAKI
 طبيبك

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333