

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



Déclaration de Maladie

N° W21-812249

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2509	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	171507
Nom & Prénom : CHIADMIA AGRA			
Date de naissance : 01/01/57			
Adresse : HABIB BOURGEOIS			
Tél. : 0661095613	Total des frais engagés : 8946,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **ROYAL AIR MAROC**

Signature de l'adhérent(e) : **ATM**

Le : **01/08/2023**

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-812249
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) : **CHIADMIA**
 Total des frais engagés : **8946,00**
 Date de dépôt :

RELEVE 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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	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"/>										
O.D.F ROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				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														

annexe 10 - Classification internationale des Maladies - dixième révision

جد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفترض Prix facturé	ترفیع وطابع الصیادلی او مون التجهیزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25/05/2023	8646,00	Pharmacie AL FATH Dr. FAYEZ Nassiba Res. Farajia Hama Karmi Tel: 03 30 00 222
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1 102 1122 65		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1		

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



إفادة بالاستلام

Accusé de réception

Réf. 610-2-09

المرسل إليه:

Date : mardi 30 mai 2023

التاريخ:

Heure : 12 h 23 WET

الساعة:

Destinataire :

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
12040
TÉMARA



120680709

N° CNSS

176440610

رقم ص.و.ض.ج.

N° de la Carte Nationale d'Identité

A800679

رقم البطاقة الوطنية للتعرف

Type dossier

Demande entente préalable

نوع الملف

Valeur du dossier

0 Dhs

قيمة الملف

Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)

3 Pièces

عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)

Bénéficiaire

SRAIRI ABDELILAH

المستفيد

Madame, Monsieur,

سيديتي، سيدتي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

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

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

05 2241 81 52

الfax

06 08 89 07 91

الهاتف

Tél

RABAT

المدينة

Ville N 02-Amal 6, Quartier industriel

العنوان

Yaacoub El Mansour

Adresse

RABAT YACOUB AL MANSOUR

وكلة Agence

/92

Date : mardi 30 mai 2023
Heure : 12 h 25 WET

التاريخ:
الساعة:

Destinataire :

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
12040
TEMARA

المرسل إليه:



N° CNSS
N° de la Carte Nationale d'Identité
Type dossier
Valeur du dossier
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)
Bénéficiaire

176440610

A800679

Dossier de remboursement

3 Pièce(s)

SRAIRI ABDELILAH

رقم ص.و.ض.ج.

رقم البطاقة الوطنية للتعرف

نوع الملف

قيمة الملف

عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)

المستفيد

سيدي، سيدى،

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

للمزيد من المعلومات :

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

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

الفاكس : 05 2241 81 52
Fax : 06 08 89 07 91
الهاتف : Tél : RABAT
/92

العنوان : Ville N 02-Amal 6, Quartier industriel
Adresse : Yaacoub El Mansour

RABAT YACOUB AL MANSOUR
Agence



الدار البيضاء في Casablanca left ١٤٤

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

الموضوع : موافقة
«RILUTEK»

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

الموضوع : موافقة متعلقة بتعويضكم عن مصاريف الدواء «RILUTEK»

Madame, Monsieur,

سیلیٰ، سیلیٰ،

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، ندعوك 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.

وتقليوا سيدتي، سيدى، 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 جمیع التحفظات

Dr. LYOUSSE MOUNA

Neurologue - Epileptologue (Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux

Péphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



الدكتورة الموسى منى

اختصاصيتها في الجهاز العصبي ومرض الصرع

(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Témara le: 25/5/2023 قمارة في

Dr. SRAIRI

Abdelk. b.

$$2882,00 \times 3 = 8646,00$$

41- Rilutek 50 mg

4cp x 21jr pdt 03mois

$$T = 8646,00$$

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Rilutek 50 mg B 56 cpr pel

P.P.V : 2882,00 DH



6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Rilutek 50 mg B 56 cpr pel

P.P.V : 2882,00 DH



6 118001 081745

Dr. LYOUSSE MOUNA
NEUROLOGUE
2, Imm. 209, Av. Moulai Ali Cherif
Cité Massira I-Témara
Tél: 06 68 95 50 54-Fixe: 05 37 62 96 90

Dr. LYOUSSE MOUNA
NEUROLOGUE
2, Imm. 209, Av. Moulai Ali Cherif
Cité Massira I-Témara
GSM: 06 68 95 50 54-Fixe: 05 37 62 96 90

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - الميسيرة 1 - قمارة

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



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمينين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مرجع رقم :

الصفحة

Page 1 / 1

Envis à :	CASABLANCA	أصدر ب :	العنوان
Le :	08/06/2023	بتاريخ :	
Destinataire			المرسل إليه
N° d'immatriculation	176440610	رقم التسجيل	SRAIRI ABDELILAH
Références de la période		أداءات الفترة	
du : 07/06/2023	من :		
au : 07/06/2023	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
أوردتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العملية	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	النهرقة المرجعية	العامل	الكمية	الأساس	نسبة	تاريخ إرسال	المبلغ
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
SRAIRI ABDELILAH											
120680708	25/05/2023	CS	NEUROLOGIE	3000,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95,00	07/06/2023	142,50
120680708	25/05/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	17292,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	07/06/2023	8213,70
Total remboursé											8356,20
Total général remboursé											8356,20

- 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 بالجهة الأولى على الرقم
أو الاتصال بالجهة الثانية على رقم