

## 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.

### 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° W21-812249

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHADMI ACHA

Date de naissance : 05/01/57

Adresse : HAB. DUTELLE

Tél : 0661095613

Total des frais engagés : 8946,00

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 : 01/08/2023

Le : 01/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

A. T. W.

### VOLET ADHERENT

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) : CHADMI ACHA

Total des frais engagés : 8946,00

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

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	

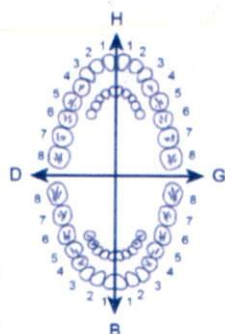
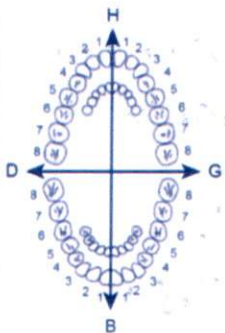
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 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 PROTHESES DENTAIRES  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	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																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 2400 / 080 203 33





إفادة بالاستلام  
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mardi 30 mai 2023  
Heure : 12 h 23 WET

التاريخ:  
الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

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



N° CNSS

176440610

N° de la Carte Nationale d'Identité

A800679

Type dossier

Demande entente préalable

Valeur du dossier

0 Dhs

Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)

3 Pièces

Bénéficiaire

SRAIRI ABDELILAH

Madame, Monsieur,

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

سيدتي، سيدي،

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.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات 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

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

المدينة Ville N 02-Amal 6, Quartier industriel  
Yaacoub El Mansour

العنوان Adresse RABAT YACCOUB AL MANSOUR  
وكالة Agence

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

Destinataire :

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



120680708

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

6046 Dhs

3 Pièces

SRAIRI ABDELILAH

رقم ص.و.ض.ج.  
رقم البطاقة الوطنية للتعريف  
نوع الملف  
قيمة الملف  
عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)  
المستفيد

Madame, Monsieur,

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

سيدتي، سيدي،  
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. تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات 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 الو الضمان على الأرقام

05 2241 81 52 Fax  
06 08 89 07 91 Tél  
RABAT

المدينة  
Ville N 02-Amal 6, Quartier industriel  
Yaacoub El Mansour

العنوان  
Adresse

RABAT YACOUB AL MANSOUR

وكالة  
Agence



الضمان الإجتماعي  
C.N.S.S.

Le devoir de vous protéger

Casablanca le 16/02/2022

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، ن خبركم بموافقتنا لتعويضكم عن مصاريف الدواء «RILUTEK»، ابتداء من 28/02/2022 وذلك ما دتم 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

**Dr. LYOUSSI MOUNA**

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

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux

Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



**الدكتورة اليوسى منى**

اختصاصية 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 تمارة في

N. SRAIRI

Abdelilah.

2882,00 x 3 = 8646,00

41- Rilutek 50g

4up x 21jr palt 03mois

T = 8646,00

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

Rilutek 60 mg B 66 cpr pel  
P.P.V : 2882,00 DH



6 118001 081745

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

Rilutek 60 mg B 66 cpr pel  
P.P.V : 2882,00 DH



6 118001 081745

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

Rilutek 60 mg B 66 cpr pel  
P.P.V : 2882,00 DH



6 118001 081745

~~PHARMACIE EL FATH  
Dr. FAKHET  
Ras. Tanssi Moussa Harhoura  
Tél: 66 30 50 2 20~~

**Dr. LYOUSSI Mouna**  
**NEUROLOGUE**

2, Imm. 209, Av. Moulay 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 - المسيرة 1 - تمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Cherif, 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 التأمين  
الصحي الإجباري

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

Émis à : CASABLANCA  
Le : 08/06/2023

اصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 176440610

رقم التسجيل

Destinataire

SRAIRI ABDELILAH

المرسل إليه

Règlements 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 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 الإفادة	مبلغ التعويض
Número 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	2000,00	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 مجموع مبلغ التعويض											8356,20
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											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](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

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