

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0059731

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4430 Société : RAM 195993
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Décédé
Nom & Prénom : feu EL Wad Laboumine
Date de naissance :
Adresse : 100, Ang 6 rue Ned EL Haddaoui et rue Sultan
AbdelHamid, Rés la perle Apt 38, Boulogne CASA
Tél. : 066772333 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 :

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 : CASA Le : 21 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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

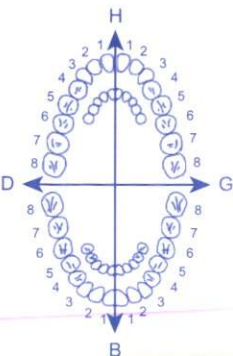
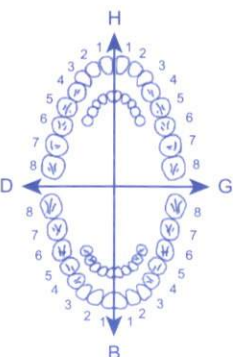
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	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

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

[illegible]

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 المقوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						الاشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM		المبلغ المفوتر Montant facturé	
02/02/2021		B	126	0	-	1190.00	
INPE et code à Barres							ب الاشعة او الإحياي Signature et Cachet d Biologiste
_ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE : 093064640							
							LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Bd. Imam Chehab - Lotis. Alhamadia Bernoussi - Cas
INPE et code à Barres							
_ _ _ _ _ _ _ _ _							



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 : أصنرب
Le : 09/02/2024 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 115209150

رقم التسجيل

Destinataire
GHAMRAOUI SANAA

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 09/02/2024 : من
au : 09/02/2024 : إلى

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	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس 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
GHAMRAOUI SANAA											
112417663	01/02/2024	PH	PHARMACIES D	463,50	0,00	1,00	8,00	0,00	0,00	09/02/2024	336,60
112417663	01/02/2024	CG	OFFICINES MEDECINE GENERALE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	09/02/2024	0,00
112417663	01/02/2024	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	90,00	09/02/2024	72,00
112417663	01/02/2024	B	LABORATOIRES D ANALYSES	1100,00	1386,00	1260,00	1,00	1386,00	90,00	09/02/2024	990,00
Total remboursé											1398,60
Total général remboursé											1398,60

- 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 الوالضمان على الأرقام

BILAN BIOLOGIQUE

NFLAMMATION

- ☐ - SRP
- ☐ - VS 1^{ère} heure et 2^{ème} heure

IONOGRAMME

- ☐ - Potassium, Sodium, Chlore
- ☐ - Réserve alcaline
- ☐ - Protides totaux

BILAN LIPIDIQUE

- ☒ - Triglycérides
- ☒ - Cholestérol total
- ☒ - Cholestérol HDL
- ☒ - Cholestérol LDL

BILAN HEPATIQUE

- ☐ - SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
- ☐ - Gamma GT
- ☐ - Phosphatases alcalines

BILAN URINAIRE

- ☐ - Protéinurie des 24 heures
- ☐ - ECBU
- ☐ - Ionogramme urinaire

BILAN GLYCEMIQUE

- ☒ - Glycémie à jeun
- ☐ - Glycémie post prandiale
- ☐ - HbA_{1c}

DIVERS

- ☐ - Myoglobine
- ☐ - Troponine
- ☐ - Electrophorèse des protéines

HEMOGRAMME =

(NUMERATION- FORMULE -SANGUINE)

- ☒ - Globules rouges - Hémoglobine
- ☒ - Hématocrite - Globules blancs...
- ☒ - Plaquettes

BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- ☒ - T₃, T₄, TSH

BILAN DE LA COAGULATION

- ☐ - Taux de prothrombine
- ☐ - INR
- ☐ - TCA malade/TCA témoin
- ☐ - Fibrinogène

BILAN DE LA FONCTION RENALE

- ☐ - Créatinine
- ☐ - Urée plasmatique

EXPLORATION DE LA PROSTATE

- ☐ - PSA

ENZYMES MUSCULAIRES

- ☐ - LDH
- ☐ - CPK
- ☐ - CPK-mb

LABORATOIRE C.B.A
D'ANALYSES MEDICALES
DR. AMACHKI Abdelaziz

DR. ELHAM EL KANANI
Médecin Généraliste
Fonctionnaire
Bureau de l'Ordre des Médecins
Tél: 0522 73 20 65

30 gélules
Voie orale

R-COL®



Présentation :

Gélules en boîte de 30.

Ingrédients :

Charbon végétal micronisé : 250 mg.

Extrait de graine de fenouil : 50 mg.

Stéarate magnésium végétal : 5 mg.

PROPRIETES NUTRITIONNELLES :

R-COL est à base d'actifs naturels qui favorisent le confort digestif et l'élimination des gaz et contribuent au fonctionnement normal du transit en apaisant les sensations de ballonnement et les flatulences.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

2 gélules par jour, à prendre de préférence 30 mn avant chaque repas avec un grand verre d'eau.

LIMITES D'UTILISATION OU CONTRE INDICATION :

Les compléments alimentaires ne se substituent pas à une alimentation variée et équilibrée.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Tenir à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Tenir hors de la portée des enfants.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

Distribué au Maroc par Univers Pharmaceuticals.

Fabriqué par L

Autorisation m

Agrément sani

MA

CAPV.19.257.1

R-COL®

LOT : CA284
EXP : 02/26
PPC : 89,50 DH

RACIPER® 40 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001 300754

ALIVIAR® 50 mg ○
sulpiride
20 Gélules



6 118000 230250

ALIVIAR® 50 mg ○
sulpiride
20 Gélules



6 118000 230250

ALIVIAR® 50 mg ○
sulpiride
20 Gélules



6 118000 230250

Docteur Ilham EL KANIAR

MÉDECINE GÉNÉRALE

Fadila - Hay El Qods - Imm.

Appt. 3 - Rdc - Bernoussi

Casablanca - Tél.: 05 22 73 20 65

الدكتورة إلهام الكنيار

الطب العام

الفضيلة - حي القدس - عمادة C1

الشقة 3 - الطابق السفلي

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le : 01/02/2024

الدار البيضاء، في :
GUAMRAOUS SAUHA

215,00

1) RACIPER 450 (Box)

2 ph. le matin

2700 x3

2) Aliviar 50 gel

2 gel x 1 ph (soir)

8950

3) R-COL gel

2 gel x 2

T: 385,50

DR. ILHAM EL KANIAR
Médecin Généraliste
Fadila - Hay El Qods
Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 73 20 65

HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE
VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

FACTURE N° 1297/24

CASABLANCA le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

02/02/2024
MME GHAMRAOUI SANAA
22A751
Docteur EL KANIAR ILHAM

INPE :
093064640

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
BILAN LIPIDIQUE CHOLT+TRI+HDL+LDL	200
GLYCEMIE A JEUN	30
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
NFS.HEMOGRAMME	80
FERRITINE SERIQUE	250
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	250
Total du (B)	B 1260
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	1 100,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE CENT DIRHAMS

LABORATOIRE C.B.
D'ANALYSES MEDICALES
Bd. Imam Chafii Lot. 2
Lotis. Al Hamidia Hay El Qods
Bernoussi - Casablanca

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 19,50 DH



Docteur Ilham EL KANIAR

MÉDECINE GÉNÉRALE

Fadila - Hay El Qods - Imm. C1

Appt. 3 - Rdc - Bernoussi

Casablanca - Tél.: 05 22 73 20 65

الدكتورة إلهام الكنيار

الطب العام

الفضيلة - حي القدس - عمارة C1

الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le : 05/04/2016 : الدار البيضاء، في :

GUY RABIS SAUT

19.50 X4

A)

UU GASE

A.B

U4/

2x.B/ 15g

15g

(2mm)

PHARMACIE AL HAND
Imm. G3G M2 Cité Al Boustane
Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél: 05 22 73 03 71

78.00



PHAR
Imm. C
Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél: 05 22 73 03 71

Dr. ILHAM EL KANIAR
Médecin Généraliste
Fadila Hay El Qods
Bernoussi - Casablanca
Tél: 05 22 73 20 65