

# 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.

## Diagnostic 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066005

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4638 Société : Enm 79407

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EL Annabi Asadig


Nom & Prénom : EL Annabi Asadig

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 61 54 1085 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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

es :

é à l'adhérent doit être dûment renseigné.

é au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

able est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

tiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

es actes effectués en série.

nt, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

es médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ogie :

qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être

inance médicale pour toute demande de remboursement.

iel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

u médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

able renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

rssement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

hèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

t le début de traitement.

tre jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

oins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

ion Longue Durée ALD et ALC :

le maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

### Détails utiles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

ngement de statut : adhesion@mupras.com

espect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

al Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
lanca 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° W19-598470

☐ 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 :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ 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 :

Signature de l'adhérent(e) :





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Numéros 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

Pharmacien	Date	Montant de la Facture

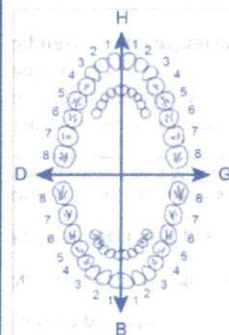
# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Numéro du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

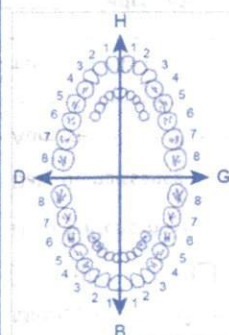
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Numéro de l'Appareil	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**CONCERNANT LE PAIEMENT :**  
 Le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
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



○ — ○ — 1/2 (10j)

○ — ○ — 1/4 (10j)



6 118001 260850

puis Arrêt.

94.00

3 - Mydoflex 1500<sup>®</sup>

Nurodol<sup>®</sup> 400 mg  
30 Comprimés Pelliculés



6 118000 180906

1 cp x 3 j m 10j

50.00

4 - Nurodol 400<sup>®</sup>

AZIX<sup>®</sup> 500 mg  
3 Comprimés sécables

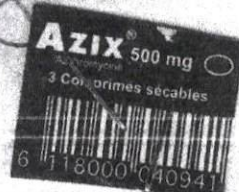


6 118000 040941

1 cp en cas de crise

79.20 x 5

5 - Azix 500<sup>®</sup>



1 cp x 2 j m 10j

6 - Oedes 20<sup>®</sup>

OEDES 20mg  
28 gélules



6 118001 100088

99.00  
1.88 j m 15j

AZIX<sup>®</sup> 500 mg  
3 Comprimés sécables



6 118000 040941

Dr. HARRIZILHAM  
Neurologue  
PEG - ENMG  
Boulevard Liberté - Rue  
Omar Rimi 3 Etage - Casablanca  
0622300090 - 0642890050  
neuro.hilham@gmail.com

Référence structurée : 210605313419942

Emis à Casablanca le : 01/06/2021

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

HIJAZI NADIA

LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA  
CASABLANCA 2037

N° d'immatriculation : 141642936

Règlement du mois : 06/2021

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
HIJAZI NADIA										
084902663	05/05/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
084902663	05/05/2021	PH	PHARMACIE	1 174,90	946,90	1,00	1,00	946,90	70	662,83
Total remboursé pour NADIA										767,83
Total général remboursé										767,83

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE  
...DRHMS...  
AGENCE ROCHES NOIRES

### ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

☒ AMO ☐ PV ☐ IJM-PRO ☐ AF  
☐ RC ☐ Autre : .....

N° CNSS: .....

N° DOSSIER (s) 84902663

Matricule Collaborateur : .....

Date ..... 19/05/2021 ...

هام جدا

للإطلاع على عدد الأيام المصرح بها  
و لتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات  
المرجو الإتصال ب 080 20 30 100

أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)


أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال  
080 200 7200  
080 203 3333

للمزيد من المعلومات



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

N° Dossier :

0661. 14.42.06

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : NADIA HIAZI : الاسم العائلي والشخصي :  
 N° Immatriculation : 11411614121913161 : رقم التسجيل :  
 N° CIN : 1B1E1614141191 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse :

Montant des frais :

1474,90 Dhs درهم

مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الميلاد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe :

الجنس :

M ☐ ذكر

F ☒ أنثى

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المضمن

INPE et Code à barres

Médecin traitant

Etablissement de soins

الطبيب المعالج

المؤسسة العلاجية

N INP: 121196604

نوع العلاجات

Type de soins\*

Hospitalisation ☐

استشفاء ☐

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 :

ب :

Le :

تاريخ :

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصحب بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

ب :

Le :

في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من يمثله في المؤسسة العلاجية  
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* 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 من ب. 2186 الدار البيضاء الحطة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin
05-05-2021		C 5	300 DH	Dr. HARRIZI Neurologue 310, Boulevard El-Habib - Rue Ornar Rifi 3 El-Habib - Casablanca 0522306090 - 0622290050 neuro.lhem@gmail.com
INPE et code à Barres 11111111111111111111				
INPE et code à Barres 11111111111111111111				

CIM-10

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 الفاتورة Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 11111111111111111111					
INPE et code à Barres 11111111111111111111					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

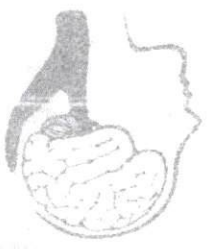
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM
INPE et code à Barres 11111111111111111111		
INPE et code à Barres 11111111111111111111		

تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وموون التجهيزات Signature et Cachet Fournisseurs des di
05/05/2021	1174,90 DH	
INPE et code à Barres 11111111111111111111		
INPE et code à Barres 11111111111111111111		

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



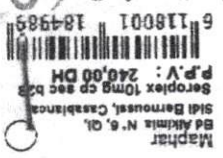
الدكتور حريزى الهام  
 اختصاص في أمراض الجهاز العصبي  
 أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
 أمراض القلب والأوعية الدموية  
 أمراض الكلى  
 أمراض الجهاز الهضمي  
 أمراض الجهاز التنفسي  
 أمراض الجهاز البولي  
 أمراض الجهاز العضلي الهيكلي  
 أمراض الجهاز الحركي  
 أمراض الجهاز الحسي  
 أمراض الجهاز التناسلي  
 أمراض الجهاز البصري  
 أمراض الجهاز السمعي  
 أمراض الجهاز اللماسي  
 أمراض الجهاز الشمي  
 أمراض الجهاز التذوقي  
 أمراض الجهاز الكلامي  
 أمراض الجهاز الحركي  
 أمراض الجهاز الحسي  
 أمراض الجهاز التناسلي  
 أمراض الجهاز البصري  
 أمراض الجهاز السمعي  
 أمراض الجهاز اللماسي  
 أمراض الجهاز الشمي  
 أمراض الجهاز التذوقي  
 أمراض الجهاز الكلامي



Docteur. HARRIZI Ilham  
 Neurologue  
 (Adultes et enfants)  
 Action médicale au CHU Ibn Rochd  
 de Casablanca  
 Diplôme Universitaire en  
 Electro-Encéphalographie (Video EEG)  
 Diplôme Universitaire en  
 Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)



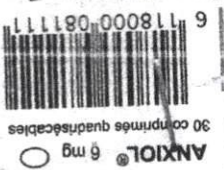
DR. HARRIZI ILHAM  
 Neurologue  
 EEG - ENMG  
 31, Boulevard Liberté - Rue  
 31, 3ème étage - Casablanca  
 neurolilham@gmail.com  
 05 22 30 60 90



DR. HARRIZI ILHAM  
 Neurologue  
 EEG - ENMG  
 31, Boulevard Liberté - Rue  
 31, 3ème étage - Casablanca  
 neurolilham@gmail.com  
 05 22 30 60 90

1/2 cp le soir pendant 7j

2x36to  
 2/ - Anxiol 6mg (S)  
 1/4 - 1/4 - 1/4 (ver)  
 1/4 - 1/4 - 1/4 (ver)



310, Angie Boulevard Liberté - Rue Omar Riffi, 3ème étage, Casablanca (A côté de 17 étages)  
 05 22 30 60 90 06 42 89 00 50 @neuo.ilham@gmail.com