

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-696760

107562

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 107562 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : FARSANE LAILA

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 14 MAR 2022

Nom et prénom du malade : RIFFI CHAKIR 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 : 14 MAR 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-696760

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

soins par personne et par

il être accompagnée de toutes
ses originales (ordonnances
..).

de la personne soignée
ar les praticiens eux mêmes
soins.

transmises doivent être
codes à barres des
s.

s ainsi que les pièces
t être présentées à la CNSS
qui suivent le premier acte
a un traitement médical
nier cas, le dossier doit être
xante (60) jours qui suivent

t des frais engagés sera
e la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au
suite à un accord préalable.
res est disponible auprès de

x accidents du travail et
elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse
enir des prestations qui ne
ssible des sanctions légales

nboursement prise par la
ée au respect des conditions
e qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
signature de l'Agence

تاريخ الإيداع :

تاريخ الإستلام :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنه هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Date d'arrivée :



ورقة العلاجات المتعلقة بأمراض طويلة الأمد
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-03

REF : ANAM 12.024

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : RIFFI CHAKIB

N° Immatriculation : 16 851 7633

N° CIN : WA 14503

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : Rue Restinga imb (G) Appt 5 Residence les Basel CIL Centre

Montant des frais : Dhs. درهم

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Riffi Chakib

Date de naissance : 11 09 1965

N° CIN : WA 14503

Sexe * : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant : 091180109
Etablissement de soins :

Type de soins

Admission ALD * : Oui ☐ Non ☐

N° dossier ALD :

Code ALD :

Maladie * ☐ مرض

Hospitalisation * ☐ استشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

Le : 26 11 21

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
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)

وصف العمليات المجراة

CIM-10			
--------	--	--	--

عمليات المساعدين الطبيين

-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

باء، الأشعة و الصور

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	1.1
2	2.1
3	3.1
4	4.1
5	5.1
6	6.1
7	7.1
8	8.1
9	9.1
10	10.1
11	11.1
12	12.1
13	13.1
14	14.1
15	15.1
16	16.1
17	17.1
18	18.1
19	19.1
20	20.1
21	21.1
22	22.1
23	23.1
24	24.1
25	25.1
26	26.1
27	27.1
28	28.1
29	29.1
30	30.1
31	31.1
32	32.1
33	33.1
34	34.1
35	35.1
36	36.1
37	37.1
38	38.1
39	39.1
40	40.1
41	41.1
42	42.1
43	43.1
44	44.1
45	45.1
46	46.1
47	47.1
48	48.1
49	49.1
50	50.1
51	51.1
52	52.1
53	53.1
54	54.1
55	55.1
56	56.1
57	57.1
58	58.1
59	59.1
60	60.1
61	61.1
62	62.1
63	63.1
64	64.1
65	65.1
66	66.1
67	67.1
68	68.1
69	69.1
70	70.1
71	71.1
72	72.1
73	73.1
74	74.1
75	75.1
76	76.1
77	77.1
78	78.1
79	79.1
80	80.1
81	81.1
82	82.1
83	83.1
84	84.1
85	85.1
86	86.1
87	87.1
88	88.1
89	89.1
90	90.1
91	91.1
92	92.1
93	93.1
94	94.1
95	95.1
96	96.1
97	97.1
98	98.1
99	99.1
100	100.1

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Pr

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 220111744383868	Emis à Casablanca le : 20/01/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 168517633 Règlement du mois : 01/2022 Mode de paiement : Virement	RIFFI CHAKIB RUE RESTINGA ESC G ETG 2 APPT 5 LES BASES 1 CASABLANCA CASABLANCA 2026	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنبو 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
RIFFI CHAKIB										
076852408	26/11/2021	CS	MR BEN EL AYFAR MOHAMED	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
076852408	26/11/2021	B	CLINIQUE ACHIFAA	65,00	1,10	30,00	1,00	33,00	95	31,35
076852408	26/11/2021	Z	ETABLISSEMENT PRIVE	2 300,00	2 200,00	1,00	1,00	2 200,00	95	2 090,00
076852408	26/11/2021	PH	ETABLISSEMENT PRIVE	156,60	156,60	1,00	1,00	156,60	95	148,77
076852408	26/11/2021	PHN	ETABLISSEMENT PRIVE	49,70	49,70	1,00	1,00	49,70	00	0,00
Total remboursé pour CHAKIB										2 412,62
Total général remboursé										2 412,62

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Mohamed BEN EL AYFAR
Spécialité en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologie

- Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant
Mohamed Baouafi - Casablanca
- Ancien Chirurgien au CHU Averoès
Casablanca

Sur rendez-vous

M^r Riffi Elak'6

الدكتور بن العيفر محمد

أخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل

جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بوافي الدار البيضاء
جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

Casablanca le 26 NOV. 2021

Δ 67²⁰ Langen 30
- 0 - 0
u9.70 Voltfast 20ch. 5
- 1 - 1 - 1
1340 x2 Colchicine
0 - 0 - 1 pd 30,
31.30 Zylowc 200
x2 0 - 1 - 0 pd 30,
206.30

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
180, Bd. Oued Sebou, Wiam,
Casablanca - Tél. 0646.646.648

شارع أم الربيع «فوق ليدك» 180 واد سبو، إقامة سعد، الطابق الأول، شقة 2، حي الوثام، الألفة - الدار البيضاء
Bd Oum Rabii, (au dessus LYDEC) - 180, Bd. Oued Sebou, Résidence Saad, 1er Etage Appt 2 -
Quartier Wiam, Oulfa - Casablanca
الهاتف : 05 400 93 100 / 0646 646 648
للستعجلات : 06 72 74 74 01 Urgences

Docteur Mohamed BEN EL AYFAR
Spécialite en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologie

- Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant Mohamed Baouafi - Casablanca
- Ancien Chirurgien au CHU Averroès Casablanca

Sur rendez-vous

M. Riffa Chak'6

الدكتور بن العيصر محمد

أخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل

- جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بوافي الدار البيضاء
- جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

Casablanca le ...26 NOV. 2021.....

IRM du genou droit

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
180 Bd. Oued Sebou Wiam,
Casablanca - Tél: 0646.646.648

CLINIQUE
Angle Dar el-Hajj
Tél: 0646.646.648

شارع أم الربيع «فوق ليديك» 180 واد سبو، إقامة سعد، الطابق الأول، شقة 2، حي الوثام، الألفة - الدار البيضاء

Bd Oum Rabii, (au dessus LYDEC) -180, Bd. Oued Sebou, Résidence Saad, 1er Etage Appt 2 -

Quartier Wiam, Oulfa - Casablanca

الهاتف : 05 400 93 100 / 0646 646 648

للسعجات : 06 72 74 74 01 Urgences



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

Nom du patient : RIFFI CHAKIB

Le 30/11/2021

IRM DU GENOU DROIT

Technique :

Séquences sagittales en pondération T1 sans saturation de graisse.

Séquences axiales, coronales et sagittales en densité protonique et saturation de la graisse.

Résultats :

- Présence d'un épanchement articulaire de signal liquidien en hypo signal T1 et hyper signal T2 de minime abondance.
- On souligne également la présence d'un kyste poplité non compliqué.
- Pas d'anomalie péjorative du signal osseux.
- Signal homogène et aspect continu du tendon rotulien et du ligament croisé postérieur.
- Le ligament croisé antéro-externe paraît légèrement épaissi mais continu.
- Epaississement modéré et hyper signal au contact du ligament collatéral médial.
- Pas de dysplasie de la trochlée.
- Pas d'anomalie patellaire en dehors d'une petite chondropathie fémoro-patellaire interne.
- Petit hyper signal horizontal au niveau de la corne postérieure du ménisque interne.

Au total :

- Minime épanchement articulaire de la grande cavité.
- Kyste poplité non compliqué.
- Lésion de grade 2 de la corne postérieure du ménisque interne.
- Chondropathie fémoro-patellaire interne limitée.
- Confrontation à l'examen neurologique.

Dr TAIFOUR T

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° : 202107857 / 2021 du 30/11/2021

Nom patient **RIFFI CHAKIB**
PAYANTS

Entrée 30/11/2021
Sortie 30/11/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RM EPAULE	1.00		2 300.00	2 300.00
			Sous-Total	2 300.00
Total Clinique				2 300.00

rrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Total 2 300.00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier
Tél: 05 22 85 92 20 - Fax: 05 22 86 22 23
Secrétaire Générale

Docteur Mohamed BEN EL AYFAR
Spécialité en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologie

- Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant Mohamed Baouafi - Casablanca
- Ancien Chirurgien au CHU Averroès Casablanca

Sur rendez-vous

M^r Riffi Chak'6

الدكتور بن العيفر محمد

أخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل

- جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بوافي الدار البيضاء
- جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

Casablanca le **26 NOV. 2021**

Acide urique

EVOLUTAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibn el Safa - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
E-mail: evolutab@hotmail.com
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
187, Bd. Oued Sebou, Wiam,
Casablanca - Tél: 0646.646.648

شارع أم الربيع «فوق ليدك» 180 واد سبو، إقامة سعد، الطابق الأول، شقة 2، حي الوثام، الأنفة - الدار البيضاء
Bd Oum Rabii, (au dessus LYDEC) - 180, Bd. Oued Sebou, Résidence Saad, 1er Etage Appt 2 -
Quartier Wiam, Oulfa - Casablanca
الهاتف : 05 400 93 100 / 0646 646 648
Tél : 05 400 93 100 / 0646 646 648
للسعجات : 06 72 74 74 01
Urgences : 06 72 74 74 01

FACTURE N° : 2111292026

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 29-11-2021

Mr Chakib RIFFI

Date de l'examen : 29-11-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- Acide Urique	B30	B

Total des B : 30

TOTAL DOSSIER : 65.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-cinq dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Rd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45
E-Mail: evolulab@hotmail.com
INPE: 093061067 - IF: 14377655

Date du prélèvement : 29-11-2021 à 14:05

Code patient : 2111292026

Né(e) le : 11-09-1965 (56 ans)



Mr Chakib RIFFI

Dossier N° : **2111292026**

Prescripteur : Dr mohamed ben el ayfer

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

- Acide Urique

(Dosage enzymatique)

RESULTAT CONTROLE

75 mg/L (35-72)

Validé par le biologiste

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45
E-Mail : evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001