

## 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

- 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-697807

(MAIS PAR  
COM)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 2509

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHAIDAMI AFIFA

Date de naissance : 07/01/1957

Adresse : HABITACULE

Tél. : 0661095613

Total des frais engagés : 895,90

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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 : 10/01/2022

Le : 08/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-697807

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 : 2509,00

Nom de l'adhérent(e) : CHAIDAMI

895,90

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغورت Montant facturé	التوقيع او الاحفظ Signature et Cac ou Bi
<b>INPE et code à Barres</b> 				
<b>INPE et code à Barres</b> 				

تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	مدون التحصيلات Signature et Cache Fournisseurs des
22/02/2022	595,90	Pharmacie AL FATH Rue FAKHET Massim Rouadi Hammam Marheura Tél: 05 30 30 21 20
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

مدون التحذيرات  
Signature et Cadre  
Président des  
Rouisseurs de  
Signature : 05 30 30 21 20  
**AL FATH**  
**NAFAKHET Nassim**  
Nassim Hammamet

#### Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité

 <p><b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b></p> <p><b>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</b></p>	 <p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S.</p>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم Page : 1
<b>Référence structurée :</b> 220313645205943		<b>Emis à Casablanca le :</b> 15/03/2022
<b>Identifiant de la famille</b> تعریف العائلة N° d'immatriculation: 176440610 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement		<b>SRAIRI ABDELILAH</b> LOT IZDIHAR N[ 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204
<b>Informations :</b> معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
<b>SRAIRI ABDELILAH</b>										
090346152	22/02/2022	CSC	MEDECIN SPECIALISTE PHARMACIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	85	212,50
090346152	22/02/2022	PH	PHARMACIE	578,20	567,10	1,00	1,00	567,10	85	482,04
<b>Total remboursé pour ABDELILAH</b>										
<b>Total général remboursé</b>										
694,54										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

**CABINET DE CARDIOLOGIE  
ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

Echo-doppler cardiaque et vasculaire  
Doppler artériel et veineux, Epreuve d'effort, Holter tensionnel et E.C.G

**Docteur Jamal AGOUMY  
CARDIOLOGUE**

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon  
Diplômé d'Echographie Doppler Cardiaque  
Diplômé de Cardiologie Nucléaire



**الدكتور جمال أكحومي**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بليون

Rabat, le ..... 22.02.2022

SRARI Abdellah

$$44,00 \times 5 = 220,00 \text{ CARDIO 6,4%}$$

AC matin - 11 AM

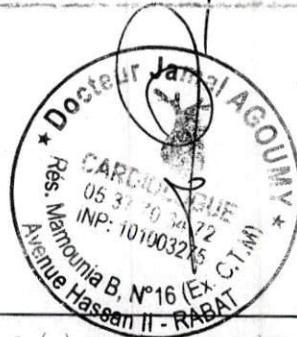
$$97,60 \times 3 = 292,80 \text{ RENDU av: 11 AM}$$

x 6

$$27,70 \times 3 = 83,10 \text{ CARDIOTISS RUMÉW:}$$

11 midi

$$\Sigma = 595,90$$



إقامة المامونية (ستيام سابق) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بيروت شارع الحسن الثاني - الرباط

الهاتف : 05 37 70 34 72 - الفاكس : 05 37 20 21 69 - Urgence : Clinique Rabat Zear 05 37 65 65 65

Résidence Mamounia (Ex. CTM) - Entrée B - App 16 - Angle Rue Beyrouth - Av. Hassan II - Rabat - Tél. : 05 37 70 34 72

Fax : 05 37 20 21 69 Patente : 25100078 - I.F. : 33414402 - CNSS : 2446319 - E-mail : jagoumy@hotmail.com

INP : 101003275

**Pharmacie AL FATH**  
**Dr. FAKHET Nassim**  
**Res. Tassim Imm9 Harhoura**  
**Tel: 05 30 30 21 20**



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE  
RABAT SALE  
AGENCE TEMARA

### ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMO  PV  IJM-PRO  AF

RC  Autre : .....

N° CNSS: ..... 176440610

N° DOSSIER (s) : ..... 090346152

..... 090346151

Matricule Collaborateur : .....

Date : .....

هام جدا

للإطلاع على عنوان المقام الممتصح بها  
ولتتبع مرفاقكم الشفاعة بالتحويليات  
المرجو الإتصال بـ 080 20 30 100

أو زيارة بوابة المؤمن له

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

او تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



متاح على

App Store | Google Play



080 200 7200  
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

*Docteur Jamal AGOUMY*

CARDIOLOGUE

الدكتور جمال أكومي

اختصاصي في أمراض

القلب والشرايين



## ELECTROCARDIOGRAMME

NOM : ..... *S.R.DIRI Andelilah* .....

DATE : ..... *22/02/22* .....

إقامة المامونية (ستيام سابقا) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بيروت شارع الحسن الثاني - الرباط  
Résidence Mamounia (Ex. CTM) - Entrée «B» - App.16 - Angle Rue Beyrouth - Av. Hassan II - Rabat

العيادة : Cabinet : 05 37 70 34 72  
الfax : 05 37 20 21 69  
الهاتف : { Urgence Clinique Rabat Zear : 05 37 65 65 65  
Tél. : E-mail : jagoumy@hotmail.com  
INP : 101003275

**ECG**

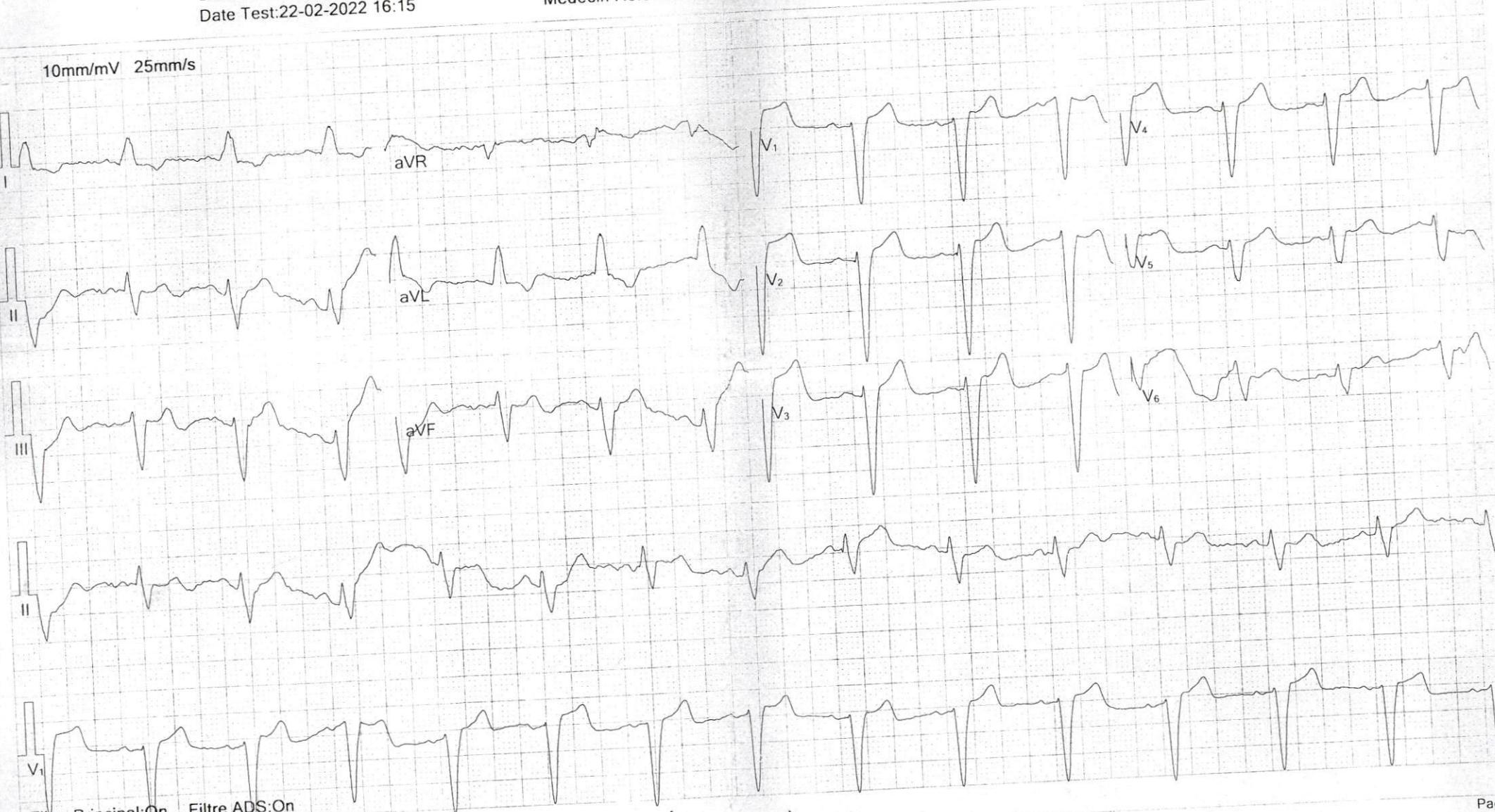
NOM:SRAIRI Abdelilak  
ID :  
Genre :  
Age :  
DOB :01-01-1960  
Date Test:22-02-2022 16:15

Case #:  
Investigation #:

Médecin Référent:Dr Jamal AGOUMY

Signature Médecin:

10mm/mV 25mm/s



Filtre Principal:On

Filtre ADS:On