

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-697807



Maladie



Dentaire



Optique



Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHADMI AFIFA

Date de naissance : 07/01/1957

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661095613

Total des frais engagés : 895,90 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 : 08/04/2022 Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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

Nom de l'adhérent(e) : CHADMI

Total des frais engagés : 895,90

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



tre accompagnée de toutes
originales (ordonnances

de la personne soignée
les praticiens eux mêmes
oins.

nsmises doivent être
codes à barres des

ainsi que les pièces
re présentées à la CNSS
suivent le premier acte
un traitement médical
r cas, le dossier doit être
te (60) jours qui suivent

es frais engagés sera
a tarification nationale de

e peuvent donner lieu au
te à un accord préalable.
est disponible auprès de

accidents du travail et
es ne sont pas couverts.

e de fraude ou de fausse
r des prestations qui ne
ble des sanctions légales

oursement prise par la
au respect des conditions
ui précède.

توقيع وطابع
nature de l'Agence

تاريخ الإيداع : 11/11/11
تاريخ الاستلام : 11/11/11

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي 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 التعريفية الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي.

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 الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO	توقيع وطابع nature de l'Agence
Date d'arrivée : 11/11/11	

الضمان الاجتماعي C N S S Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تقديم * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03 Réf. :
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
خاص بالمؤمن له (لها)			
الاسم العائلي والشخصي : S R A T I R I A b d e l i k a h			
رقم التسجيل : 111111111111111111			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : A 800679			
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Enfant			
العنوان : Lot 12 DAKAR M° 10 Sid EL Abou Temara			
Montant des frais : Dhs. درهم			
عدد الوثائق المرفقة :			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du Médecin traitant			
المستفيد من العلاجات			
Bénéficiaire de soins			
الاسم العائلي والشخصي :			
تاريخ الإزدياد : 11/11/11			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 111111111111111111			
N° CIN : 111111111111111111			
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> F			
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **			
INPE et code à barres **			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
نوع العلاجات			
Type de soins			
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
رقم ملف المرض المزمن : 111111111111111111			
رمز المرض المزمن : 111111111111111111			
Code ALD : 111111111111111111			
Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/>			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : 11/11/11		Fait à : 11/11/11	
Le : 11/11/11		Le : 11/11/11	
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	

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin
22/04/22	CPTA		300100	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

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	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الإحسان Signature et Cachet ou Bi
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الإحسان Signature et Cachet Fournisseurs des
22/02/2022	595,20	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire		
طبيعة الخدمة Nature de la prestation	السعر الوحدوي Prix Unitaire	الكمية Quantité

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الاجتماعي +الXO8+ +الC8+ CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 220313645205943		Emis à Casablanca le : 15/03/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 176440610 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement		SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204	
	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
SRAIRI ABDELILAH										
090346152	22/02/2022	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	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	481,04
Total remboursé pour ABDELILAH										4,54
Total général remboursé										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 أگومي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بليون

Rabat, le 22.02.2022

SPARRI Asdalih

$44,00 \times 5 = 220,00$ *ALDOX 6, 4:*

$97,60 \times 3 = 292,80$ *1 c water - 1 c dr*
ALDUP dr: 1 c dr

$27,70 \times 3 = 83,10$ *CARDIOASP INUTEN:*

1 c unchi

x 6

T = 595,90



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

إقامة المامونية (ستيام سابقا) مدخل (ب) رقم 16 زاوية زنقة بيروت شارع الحسن الثاني - الرباط
الهاتف : 05 37 70 34 72 - الفاكس : 05 37 20 21 69 - المستعجلات : 05 37 65 65 65
Urgence : Clinique Rabat Zear
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



الضمان الاجتماعي
الجمهورية المغربية
CNSS

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 : 06/03/2022

هام جدا

للإطلاع على هذه الأيام المصرح بها
و لتتبع مكافآتكم الخاصة بالتعويضات
المرجو الإتصال بـ 080 20 30 100
أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع www.cnss.ma

أو تطبيق الهاتف اللاكي MA CNSS



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

Docteur Jamal AGOUMY
CARDIOLOGUE



الدكتور جمال أڭومي
اختصاصي في أمراض
القلب والشرابيين

ELECTROCARDIOGRAMME

NOM : *SRAIRI Abdelilah*

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

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

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

