

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.

POUR COMPLÉTER SVP **Déclaration de Maladie**



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

N° W21-716482

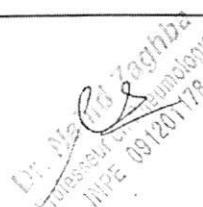
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11858	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AKBIZ ZAINA 118519			
Date de naissance : 15/09/1977			
Adresse :			
Tél. : 0661143402 Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="text"/> Cachet du médecin :		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
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'adhérent conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 09/06/22

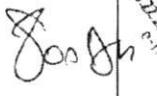
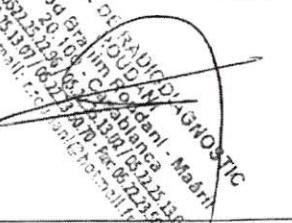
Signature de l'adhérent(e) :

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
14/03/2022			€ 300,00	 L.Y. M. A. Al-Obaidi INPE 09120178	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحياء، الأشعة والصور
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
05/03/2022	B		800,00	 L.Y. A. A. Al-Obaidi INPE 090000324	

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة					Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
نوع العمليات Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الطبيب أو ممموي التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux			
14/3/2022	988,40	 L.Y. M. A. Al-Obaidi INPE - N° 092095298			

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

 CNS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	067852602 Réf. - 610-1-02 مرجع رقم	Ref. ANAM: 12.01.01
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : OUAZZANI TOUHAR HAMMO الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 13124861451 رقم التسجيل :

N° CIN : B15711286 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 : 10, Rue ABDELLAH BEN HAFID, PALMERA العنوان :

Montant des frais :

درهم

Dhs

مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : OUAZZANI TOUHAR HAMMO الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 1971-05-19 تاريخ الازدياد :

N° CIN: B15711286 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins* نوع العلاجات*	
Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>
Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>
Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>
Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à :	أشهد بصحمة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Le : <u>14/03/2021</u> ب: <u>تونس</u> في: <u>تونس</u> توقيع المؤمن له Signature du Assuré(e)	Fait à : <u>CASA</u> Le : <u>14/03/2021</u> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحبة Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	ب: <u>تونس</u> في: <u>تونس</u>

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accoller 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 - ساحل داكار - الدار البيضاء ص-ب 2186 - الهاتف: 060 203 3333

CNSS Place de DAKAR Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

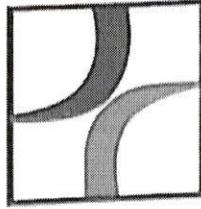
	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVE DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	Référence structurée : 220516734196475	Emis à Casablanca le : 30/05/2022	مرجع رقم : REF : 610 2 06 : Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 131248645 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement		OUAZZANI TOUHAMI MHAMED 10 RUE ABDELHAK BEN MAHYO ETG 8 QU PALMIER CASABLANCA 2034	
Informations : 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
OUAZZANI TOUHAMI MHAMED										
103370609	14/03/2022	CS	MME ZAGHBA NAHID	300,00	60,00	1,00	1,00	60,00	70	42,00
103370609	14/03/2022	Z	CENTRE DE RADIO DIAGNOSTIC	800,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	560,00
103370609	14/03/2022	PHN	PHARMACIE GREEN TOWN	79,90	79,90	1,00	1,00	79,90	00	0,00
103370609	14/03/2022	PH	PHARMACIE GREEN TOWN	903,50	838,00	1,00	1,00	838,00	70	586,60
Total remboursé pour MHAMED										1 188,60
Total général remboursé										1 188,60

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

Le 14/03/2022

Mr OUAZZANI, TOUHAMI MOHAMMED.

- Rhinite chronique , Asthme mal
contrôle chez un patient sage
de 50ans .

⇒ Bloudeau . Scanner .

Dr. Mahid Taghriba
Professeur en Pneumologie
INPE 03/2011

Centre De
400, Bd du Général
Télé: 0522 25 13 04
Casablanca - Maroc
E-mail: cliniquemersultan@gmail.com
Tél: 0522 25 13 04

URGENCES 24H/24H

64. شارع عمر الادريسي (قرب حدائق مرودوك) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du Jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
الهاتف :
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com
www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

Dr. Yasmine TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 05/05/2022

FACTURE N° : FA:00 4116/22

Nom : OUAZZANI TOUHAMI MHAMED

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

HUIT CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

BLONDEAU-SCANNER 800,00 Dhs

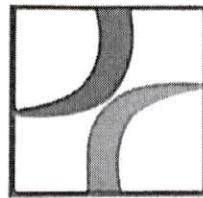
Total de 800,00 Dhs 800,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

Centre de Radiodiagnostic Roudani
Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



Le 14/03/2022

MR OUAZZANI TOUHAMI M'HAMED.

-1-Symbicort 400

SV

201 m/s

997 Inhalation matin

2711 1 inhalation le sain

2- Singulair 10 mg sp -

SV

\times 0.1 mm

3 - Aéries &

15

* others

+ - Physiomer Eucalyptus

244,? 1 large & 2 big

5- Budéna spray nasal

SV

chaque maine $\times 21/2$
 \times trois

Dagen

34H

Nan Zagħba
imma

64 شارع عفت الرايسي - قسم حديقة ٢٠٢٠٦ - الباب السادس - الفاكس ٠٩٦٣ ٧٩٤٢ - ٠٩٦٣ ٢٦٢٢٥٥٩٥

64, بولاغ عمر ادريسي (قرب حدائق موردوخ) - الدار البيضاء - الصاكس - 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca Fax : 05 22 26 79 42
الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05

Call: 05 22 27 72 72 (L.G.) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 . E-mail: cliniquemersultan@gmail.com - cmc@cliniquemersultan.com

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com

www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010

SYNTHMEDIC 
200 µg d'hydrocortisone 200 doses
aérosol inhalant
SYNTHICORT TURBUHALER
400 µg d'hydrocortisone 200 doses
Prix de 10 doses
P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020935

DASEN® 10 000 UI 
Serrapeptase
40 Comprimés croqués gastro-résistants

6 118000 181064

AERIUS® 5 mg 
30 comprimés pelliculés 

118000 050124

BUDENA® 200 mcg 
Aérosol pour
inhalation buccale
200 doses

6 118001 250110


6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg. 
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI
74773/310514-1

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafaa MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 05/05/2022

Patient **OUAZZANI TOUHAMI MHAMED**
Médecin traitant **DR ZAGHBA NAHID**
Examen(s) réalisé(s) **BLONDEAU-SCANNER**

COMPTE RENDU

RC : 50 A / Asthme mal contrôlé / Rhinite.

Technique :

Examen réalisé sans injection de contraste, avec reconstructions multiplanaires.

Résultat :

Epaississement muqueux polypoïde des parois des deux sinus maxillaires prédominant du côté gauche, sans épanchement liquide visible, avec obstruction de leurs ostiums.

Comblement partiel des cellules éthmoïdales antérieures et postérieures.

Aération normale des sinus frontaux et sphénoïdaux.

Absence d'obstruction méatale.

Déviation gauche avec éperon osseux du septum nasal réduisant modérément la lumière de la fosse nasale gauche.

Absence d'hypertrophie des cornets.

Absence d'autre anomalie osseuse, orbitaire ou du cavum.

Au total :

Sinusite éthmoïdale et bi-maxillaire.

Déviation gauche modérément obstructive de la cloison nasale.

En vous remerciant de votre confiance
Dr. A. ADIL
Centre de Radiodiagnostic Roudani
490, Bd Brahim Roudani, Casablanca, Maroc
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040