

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

M22- 0016560

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : 126693

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUANE MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 0682 100580 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : Casablanca Le : 22

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

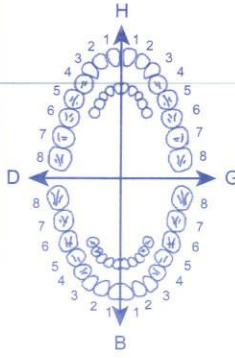
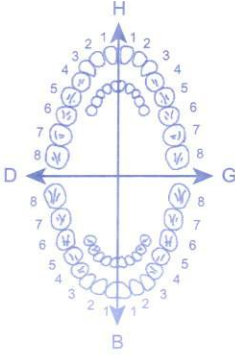
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				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

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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 المرسل بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة 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.

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : _____</p>	<p>Date d'arrivée : _____</p>

 <p>الضمان الاجتماعي +المرضى+ +المرضى+ CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>		
<p>Nom et prénom : EL MECHRAFI AZIZA الاسم العائلي والشخصي:</p>		
<p>N° Immatriculation : 1545043131 رقم التسجيل:</p>		
<p>N° CIN : A121433111 رقم بطاقة التعريف الوطنية:</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها)</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : 125, rue EL WAT RES. SEKOU B. DIT 9 BORDJ BOUENNE العنوان:</p>		
<p>Montant des frais : Dhs. مبلغ المصاريف:</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة:</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : EL MECHRAFI AZIZA الاسم العائلي والشخصي:</p>		
<p>Date de naissance : 11/11/1956 تاريخ الإزدياد:</p>		
<p>N° CIN : A121433111 رقم بطاقة التعريف الوطنية:</p>		
<p>Sexe * : M أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> الجنس:</p>		
<p>INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p>		
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>		
<p>Admission ALD * : Oui قبول المرض المزمن *:</p>		
<p>N° dossier ALD : _____ رقم ملف المرض المزمن :</p>		
<p>Code ALD : _____ رمز المرض المزمن :</p>		
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>		
<p>Fait à : بجاية Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>		
<p>Le : 10/11/2021 Fait à : 6/10/2021 في : 6/10/2021</p>		
<p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>		
<p>Signature de l'assuré(e) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

* 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.
دار المومن - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333
Maison de l'Amir - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

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

الدكتور عم. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور محمد (البراهيمي)

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

M

Honoraires verses

Le	Consultation	300,00	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face	200,00	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil		DH
Le	Pléthysmographie / DLCO		DH
Le	Spirometrie - Oscilling		DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie		DH
Le	Polygraphie sous VNI		DH
Le	Gaz du Sang Artériel		DH
Le	Mise en Place de VNI		DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire		DH
Le	Tests Cutanes		DH
Le	Fibroscopie Bronchique / LBA		DH
Le	Aerosol + Injection		DH
Le	Ponction "Pleurale - Biopsie"		DH
Le	Ponction "Pleurale - Simple"		DH
Le	Echographie de repérage		DH
Le	Test de marche de 06 minutes		DH
TOTAL :		500,00	DH

Consultations :

Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique

Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilling
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique
et interventionnelle**

Fibroscope bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

(الدكتور محمد البراقصي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

(الدكتور ع. الناصري)

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

06/07/2022

Madame EL MECHRAFI Aziza

COMPTE RENDU

Radiographie thoracique face

Indication : toux spasmodique - gêne respiratoire

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- ~~Cats de sac pleuraux sans anomalie~~
- Structure osseuse normale
- Aspect de péribronchite bilatérale

Conclusion : pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
5, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASA - Tél : 05 22 94 92 46

N° journalier unique

0000000000000000

Date de naissance

11/08/1985

Nom et prénom

EL MECHRAFI AZIZA

CNI/Passe-pôrt/Séjour

2014223

Assurance maladie obligatoire DÉTAIL AMO



N° dossier	Type de dossier	Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Bénéficiaire	Détail
90962804	Dossier de rembours						EL MECHRAFI AZIZA	
90962805	Dossier de rembours	90962805	398.78	Envoyé à l'assuré	01/08/2022		EL MECHRAFI AZIZA	

Fermer

الدكتور محمد (البراهيمي)
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. (النصري)
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthysiologue

06/07/2022

Madame EL MECHRAFI Aziza

116.30
OROKEN 200 : 1 comp matin et soir avant repas x 4 jours

89.50
APIXOL Spray :

2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours

110.50
METANAZ : 2 pulvérisations par narine soir x 10 jours

315.80

PHARMACIE AHJAUMA
Nadia ZELIMAMA
Avenue du Phare, Residence Ighazout
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
6, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASA - Tél: 05 22 20 28 67

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81
De 08 heures à 19 heures

Apixol

Spray gorge

Adultes

À base d'actifs naturels

Calme l'irritation
et Soulage la douleur
de la gorge

Flacon
Pulvérisateur

Apixol®

Spray gorge
Adultes

30ml

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479676

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg cp pel b 8
P.P.V : 118,30 DH



ilé

6 118000 061069

METANAZ® 50 µg
suspension pour pulvérisation
nasale



6 118001 102075