

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-765705

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHADMI AFIKA

Date de naissance : 04/10/57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661095613

Total des frais engagés : 800,00 + 2700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/12/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-765705

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 : 11 346,00

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

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

[illegible]

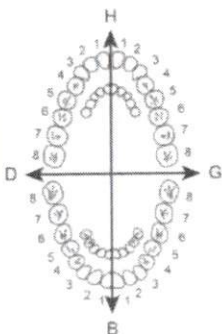
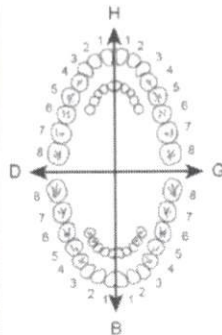
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	INP : <input type="text"/>												
				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															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[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

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents

Nature des

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

INPE: 1012088558

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 221022662745616	Emis à Casablanca le : 07/10/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 176440610 Règlement du mois : 10/2022 Mode de paiement : Virement	SRAIRI ABDELILAH LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT TEMARA 1204	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنو 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										
096555316	10/08/2022	CS	MR KISSI MEHDI	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
096555316	10/08/2022	K	MR KISSI MEHDI	400,00	563,00	1,00	1,00	563,00	70	280,00
096555316	10/08/2022	PH7	FOURNISSEUR	4 000,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	100	1 000,00
096565884	26/09/2022	CS	MME LYOUSSI	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
096565884	26/09/2022	KCC	MOUNA PHARMACIE	8 646,00	8 646,00	1,00	1,00	8 646,00	95	8 213,70
Total remboursé pour ABDELILAH										9 778,70
Total général remboursé										9 778,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire MNR = RILUTEK 50MG * 3

* Cocher la mention utile pour chaque case
 ** Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
 دار المؤمن - ساحة دكار - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa 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	



الضمان الاجتماعي
MAGASIN SOCIAL
CNSS

Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE

RABAT SALE

AGENCE RABAT YEM

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

☒ AMO ☐ PV ☐ IJM-PRO ☐ AF
☐ RC ☐ Autre :

N° CNSS: 176 44 0610

N° DOSSIER (s) : 096165784

Matricule Collaborateur :

هام جدا

Date: 28-09-22

للإطلاع على عدد الأيام المصرح بها
و لتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
المرجو الإتصال بـ 080 20 30 100

أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع www.cnss.ma

أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



تطبيق الهاتف الذكي
Ma CNSS
تحميل التطبيق
من أجل كسب المزيد



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

Dr. LYOUSSI MOUNA

Neurologue - Epileptologue

(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux

Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG

الدكتورة اليوسي موني

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع

(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



Témara le: 26.10.2022 قمارة في

N. SRAIRI

Abdelilah

41 - Rilutek

1 cp x 2jr pdt 03 mois

2882,00 x 3

8646,00

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

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Rilutek 60 mg B 66 cpr pel

P.P.V: 2882,00 DH



6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Rilutek 60 mg B 66 cpr pel

P.P.V: 2882,00 DH



6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Rilutek 60 mg B 66 cpr pel

P.P.V: 2882,00 DH



6 118001 081745

Dr. LYOUSSI MOUNA
NEUROLOGUE
Imm. 209, Av. Moulay Ali Cherif
Cité Massira I - Témara
05 37 62 96 90
05 37 62 96 90

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - قمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

Docteur Mehdi KISSI

ORL - Chirurgie du Cou et de la Face
Spécialiste dans les maladies et la chirurgie
des Oreilles, du nez et de la gorge
Chirurgie de la Thyroïde
Surdité - Vertiges - Ronflement
Exploration endoscopique



الدكتور مهدي قيسي

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق - جراحة الغدة الدرقية
نقص السمع - الدوخة - الشخير
التشخيص بالمنظار الداخلي



RABAT le : 10/08/2022

Mr SRAIRI ABDELILAH

Ordonnance

Prière de procéder à:

La réparation de la prothèse auditive droite de Mr SRAIRI ABDELILAH,
qui présente une surdité bilatérale.

WIDEX MAROC

Samia ZOUAOU
Audioprothésiste
Graduée en Audiologie de l'UCL Belgique
INPE : 045036951

DR. MEHDI KISSI
Spécialiste de l'ORL
et Chirurgie du Cou
3, Av. Al Amir Moulay Abdellah
Tél: 05 37 70 96 90
Gsm: 06 61 13 35 73
Email: kissimehdi@gmail.com



OR

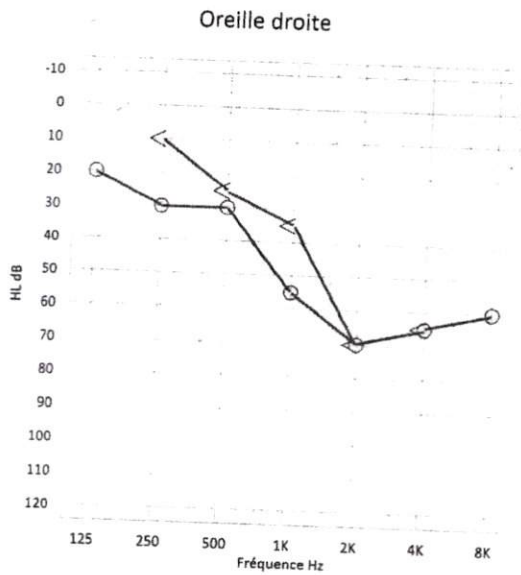
Dr KISSI Mehdi

CABINET SPÉCIALISÉ
EN OTO RHINO LARYNGOLOGIE

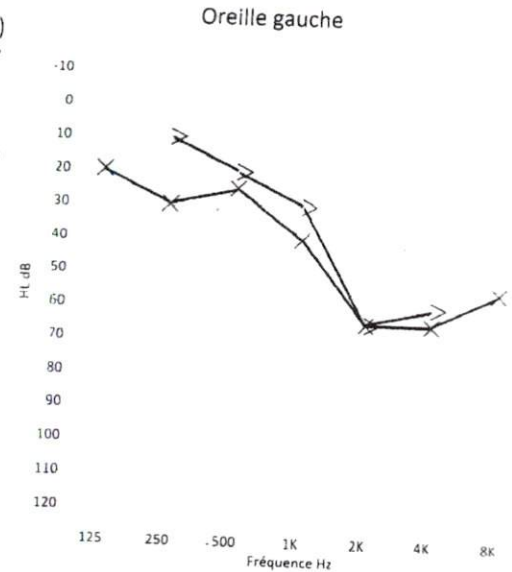
ABDELILAH, SRAIRI

Date de naissance: 26/11/1951
Date: 10/08/2022
Créé par: ABC

Audiogramme tonal pur: 10/08/2022



Description	PTA	AI (%)
○ Tonale CA Casque, DD65 V2	55	11
< CO vibreur, B-71	49	
Description	PTA	AI (%)
× Tonale CA Casque, DD65 V2	49	22
> CO vibreur, B-71	44	



Notes:

Notes de rapport:

Surdité à prédominance
neurosensorielle: elle brutalement

Dr. KISSI MEHDI
Spécialiste en ORL
3 Avenue Amir Moulay Abdellah, Appt 17
Rabat
Tél: 03 77 70 06 00 - 03 77 70 06 01

Facture		Numéro SAV0412
Date : 22/08/2022		
Código client		
CL00679		
N° ICE :		

Monsieur Srairi Abdelilah

Description	N° de série/lot	Qté	P.U. TTC	Montant TTC
Réparation d'appareil D-m CB 50 N° 056308 (D)		0	0,00	0,00
Changement d'amplificateur Dream D220-M N° 018969 et garder ancien N° série	018969	1	1.950,00	1.950,00
Thin tube 0.9 3R		1	50,00	50,00

La présente Facture est arrêtée à la somme de :
deux mille dirhams marocains et zéro centime

*Facture payée par
chèque BP N° 1800013*

Total HT	1.666,67
Total TVA	333,33
Total TTC	2.000,00

Cachet et signature
WIDEX MAROC
Samia ZOUAOU
Audioprothésiste
Graduée en Audiologie de l'UCL Belgique
INPE : 045036951

Samia Zouaoui Audioprothésiste
INPE 045036951

Date : lundi 22 août 2022 التاريخ:
Heure : 12 h 14 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
12040
TEMARA



96555316

N° CNSS	176440610	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	A800679	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	2700 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou appeler notre serveur vocal au numéro

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7269

للمزيد من المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال للضمان على الأرقام

05 2241 81 52 Fax 06 08 89 07 91 Tél RABAT
/ 92

المدينة Ville N 02-Amal 6, Quartier industriel
Yaacoub El Mansour

العنوان Adresse

RABAT YACCOUB AL MANSOUR

وكالة Agence

Casablanca le 17/03/2022 الدار البيضاء في

Direction des Prestations de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL
ABED SKHIRAT
TEMARA

Réf : Numéro d'Immatriculation : 176440610
Bénéficiaire : SRAIRI ABDELILAH

Objet : Avis favorable pour le remboursement en
votre faveur du médicament «RILUTEK»

الموضوع : موافقة متعلقة بتعويضكم عن مصاريف الدواء
«RILUTEK»

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

En réponse à votre demande, nous vous informons de notre accord pour le remboursement en votre faveur du médicament «RILUTEK», à compter du 28/02/2022 ce tant que les conditions d'ouverture de droits à l'Assurance Maladie Obligatoire seront remplies.

جوابا على طلبكم، ن خبركم بموافقتنا لتعويضكم عن
مصاريف الدواء «RILUTEK»، ابتداء من
28/02/2022 وذلك ما دتم تتوفر على شروط
الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري عن المرض

Ainsi, nous vous invitons à joindre une copie de cet accord à chaque dossier de remboursement déposé par vos soins en rapport avec ledit médicament.

و عليه، ندعوكم إلى إرفاق نسخة من هذه الموافقة إلى كل
طلب تعويض عن مصاريف هذا الدواء.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur,, en l'expression de nos sincères salutations.

نقبلوا سيدتي، سيدي، خالص تحياتنا.

قسم المراقبة الطبية القبلية و مراقبة تعويضات التأمين الإجباري عن المرض
Division du Contrôle Médical à Priori et des Prestations AMO



تحت جميع التحفظات