

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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0050113

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 4638 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL AMARI Abdelmajid Date de naissance : 08/12/1958

Adresse : 29 Bd Driss Slaoui Lot Val d'Anfa Casablanca

Tél : 06 61541885 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : HIJAZI NADIA 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 : CASABLANCA Le : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : _____

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 - 5ème 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

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

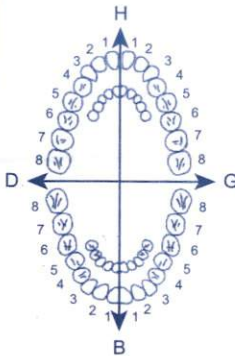
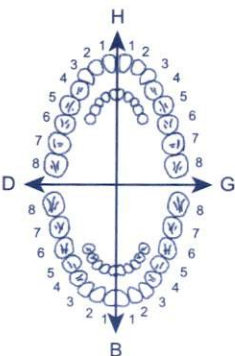
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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		
				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-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </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



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA

Le : 02/02/2023

أصدر ب :

بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 141642936

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

HIJAZI NADIA

du : 01/11/2022

من

au : 01/11/2022

إلى

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
HIJAZI NADIA											
98034656	07/10/2022	PH	PHARMACIES D	645,40	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	01/11/2022	290,01
98034656	07/10/2022	D361	OFFICINES OTO-RHINO-	300,00	337,50	15,00	1,00	337,50	70,00	01/11/2022	210,00
98034656	07/10/2022	CS	LARYNGOLOGIE OTO-RHINO-	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	01/11/2022	105,00
98034656	07/10/2022	D364	LARYNGOLOGIE OTO-RHINO- LARYNGOLOGIE	200,00	225,00	10,00	1,00	225,00	70,00	01/11/2022	140,00
Total remboursé											745,01
Total général remboursé											745,01

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 7200

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 أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داکار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07 : فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73



Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE
HMAS
AGENCE ROCHES NOIRES

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

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

N° CNSS:
N° DOSSIER (s) : 0980 34656
..... 1245/40

Matricule Collaborateur :

Date : 12/10/22

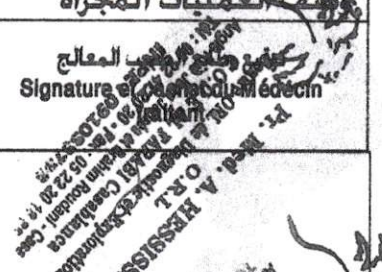
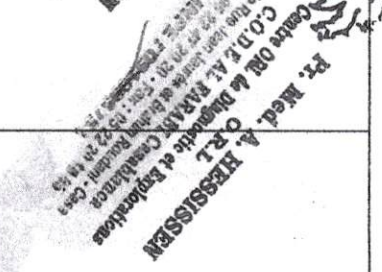
هام جدا

للإطلاع على عدد الأيام المصرح بها
و لتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
المرجو الإتصال ب 080 20 30 100
أو زيارة بوابة المؤمن له
عبر الموقع www.cnss.ma
أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

Description des actes effectués				العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع الطبيب Signature et Cachet du Médecin	
07/10/2012		\$	300	 Dr. A. HESSISSSEN Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration C.O.D.E. AL FARAJ, Casablanca Tél : 05 22 20 19 19 Fax : 05 22 20 19 19	
INPE et code à Barres 071012012					
				 Dr. A. HESSISSSEN Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration C.O.D.E. AL FARAJ, Casablanca Tél : 05 22 20 19 19 Fax : 05 22 20 19 19	
INPE et code à Barres 071012012					

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 071012012						
INPE et code à Barres 071012012						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30/ 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Renseignements cliniques :

Pour ☒ AUDIOGRAMME TONAL

☒ IMPEDANCEMETRIE

☒ P E A+ ASSR

☒ VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☒ MANŒUVRES POSITIONNELLES

☒ VHIT

Centre ORL de Diagnostic & Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Cas
TEL : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85

Pt. Med. A. HESSISSI
Centre ORL de Diagnostic & Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Cas
TEL : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

A+I

Le 07/10/22

Reçu la somme de **cinq cents (500) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

M. El Hajj Moudin

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
Mme : 05 22 47 20 20
Dr. Med. A. HESSISSER
O.R.L.



Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

Le 07/10/22

30

Kigiza Nadin

Dr. Med. A. HESSISSEN
 O.R.L.
 Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations
 C.O.D.E. Al. RAZABI Casablanca
 Angles Rue Jean Louis et Braham Roussin, Cas
 ablanca
 Tél. : 05 22 41 30 30 - Fax : 05 22 20 18 06
 MRPB : 0931083728

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 07/10/2022

Casablanca, le

Madame

NADIA

HIJAZI

Dr Abdelkrim LAMRANI

Dr. Reda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

115.000 x 2 = 230.00

AVAMYS

2 PULV LES SOIRS PDT 3 MOIS

PRESCRIPTION

300/7 les mots x 5j

HUMER

3 fois par jour

144.30

ISOX 200

1 CP PAR JOUR * 7 JOURS

53.10

RELAXOL 500

1CP * 3 PAR JOUR * 7 JOURS

84.00

THERAMAG 300 B6

1 CP PAR JOUR

645.40

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.

Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E.A.L. FARABI Casablanca

Angle Rue Jean Jaures et Brahim Roudani - Casa
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
INPE: 091033753

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUS
19, Av. D. L. S. Lot Val d'Anfa
Casablanca - tél. 05 22 39 79 41
ICE 09187504100003



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaures
20 060 Casablanca

Tél 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquedecolofarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

ORL

Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف الحنجرة
تشخيص واستكشاف

HERAMAG[®]
B6
300 mg



LOT
FE13488
M: 2021/12
2024/12



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115.00 DH
6 118001 142262
ID: 648964

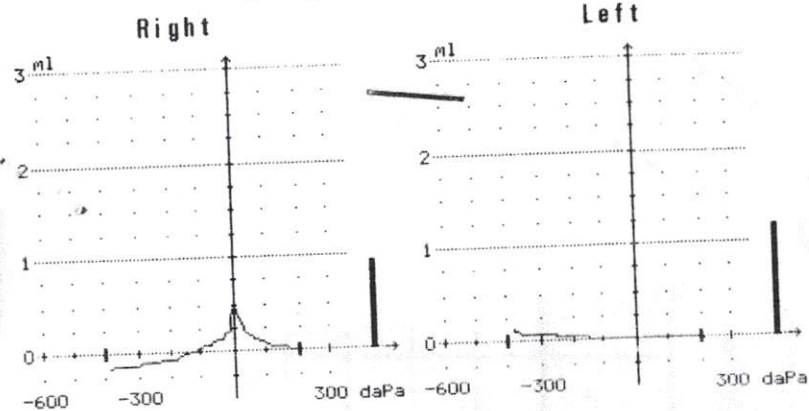
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115.00 DH
6 118001 142262
ID: 648963

ISOX[®] 200 mg
20 gélules
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242444

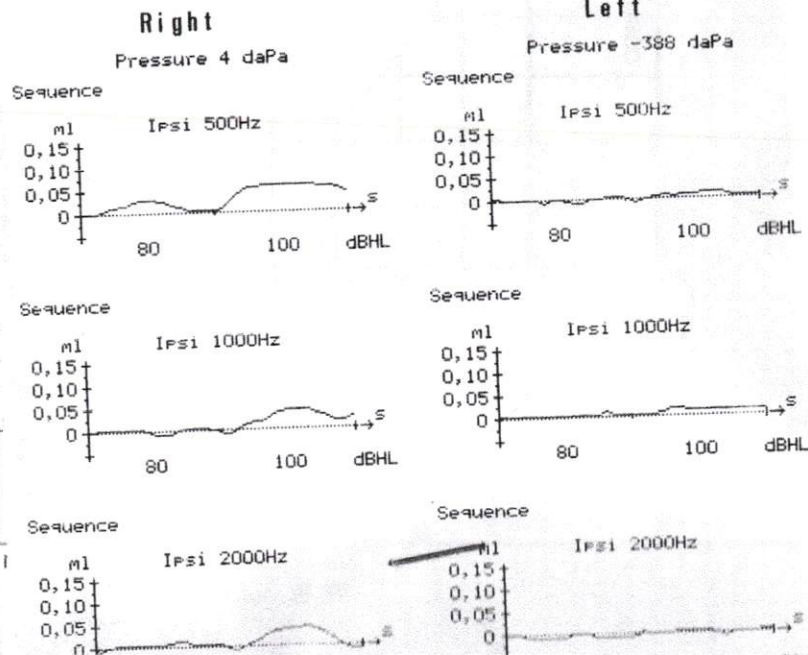
RELAXOL 500mg/2mg
CP R20
P.P.V.: 30DH10
6 118000 060833
LOT: 22E004
PER: 01/2025



Tympanogram



Reflex



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM

HJAZI
Nadia

Prénom

Date de naissance

Date d'examen

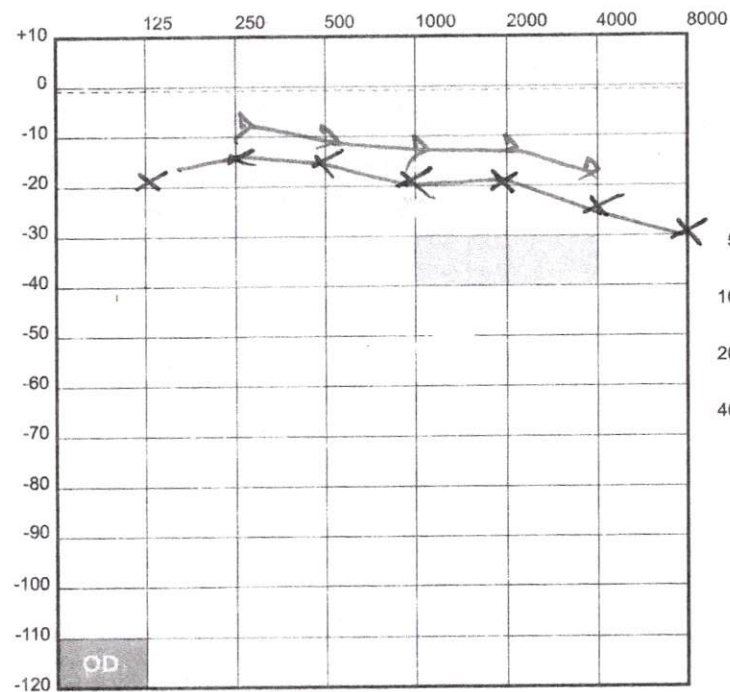
07 OCT 2022

Observations

Pr. Med. A. HESSISEN
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casa Blanca
Angle Rue Jean Kous et Brahim Foudah - Casa
Tel: 05 27 47 20 26 - Fax: 05 23 20 19 85
INPE : 09163 7453

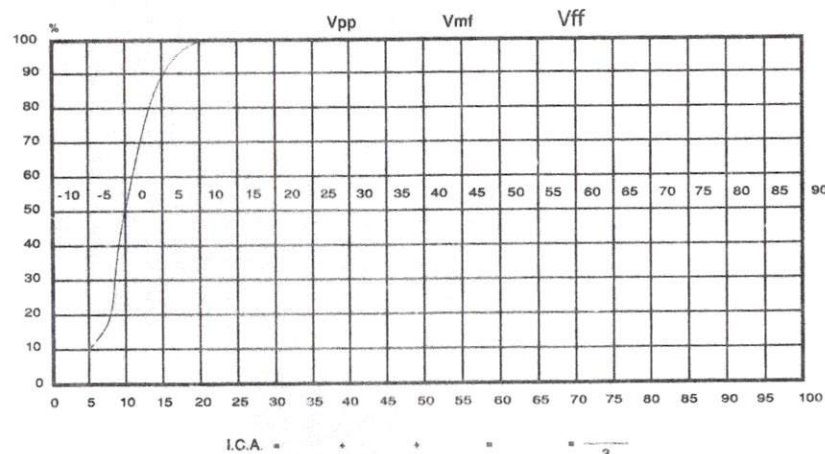
ORL

الأذن الأنف والحنجرة



I.A. D = %

EPREUVES VOCALES

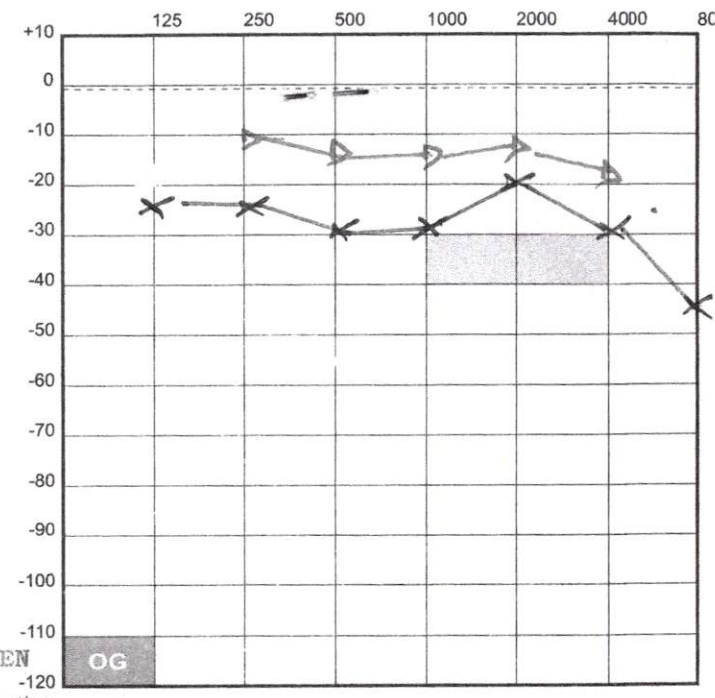


PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
PAM	db	db



Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 05 22 43 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753



I.A.G = %

WEBER

