

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-781512

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHADMI Amina

Date de naissance : 07/01/57

Adresse : HABITAT 2

Tél. : 0661095613 Total des frais engagés : 8646,00 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 : Le : 27/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-781512

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) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

* Cocher la mention utile pour chaque case
 ** Associer à l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Equipements de Santé) le code à barres.
 080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الفاكس 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

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
Date d'exécution	Prix facturé	Tوقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/12/22	8646,00	Pharmacie AL FARAJ Dr. Faraj Al Faraj Res.Tangsim Tel: 05 30 30 29 20
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ 102 M22 G5		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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



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 : أصدر ب :
Le : 02/02/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 176440610 رقم التسجيل
Règlements de la période : من :
du : 24/01/2023 : إلى :
au : 24/01/2023 : أداءات الفترة

المُرسل إليه Destinataire

SRAIRI ABDELILAH

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
Numéro 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
SRAIRI ABDELILAH											
100614469	26/11/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	8646,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	24/01/2023	8213,70
Total remboursé											8213,70
Total général remboursé											8213,70

- 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 الو الضمان على الأرقام

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

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

N° CNSS:
N° DOSSIER (s) :

Matricule Collaborateur :

هام جدا

Date : 4/1/623

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

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)

امراض الدماغ الأعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Témara le: 26 Dec 2012 قمارة في

N. SRAIRI

Abdel

2882,00 x 3

11 - Rilutek 50mg

1 up x 21 j. pot 00 mois

T = 8646,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH



Pharmacie AL FATH
Dr. FAKHRY Messim
Res. Tensim Im 9 hurhoura
Tel: 05 37 20 21 20

Dr. LYOUSSI Mouna
NEUROLOGUE
2, Im 209, Av. Moulay Ali Cherif
Cité Massira I-Témara
GSM: 06 68 95 50 54-Fixe: 05 37 62 96 90
INPE: 1012088558

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

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

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

Casablanca le 17/02/2022 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 تتوفرون 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.

وتقبلوا 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