

# 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'H  
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**  
M23-008248

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☒ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2826 Société : 2 an  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 158336  
 Nom & Prénom : Rachid Amira  
 Date de naissance : 21/01/55  
 Adresse : 15, avenue Elmhurst, quartier 3, mar 6, zone D, 20103, MA  
 Tél : 06 66 44 22 98 Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : Rachid Amira Age : 63 ans

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 : .....

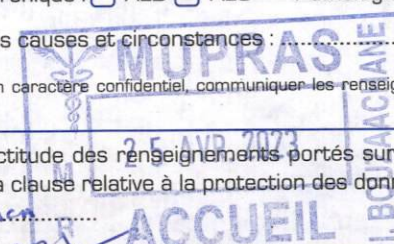
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 25 / 04 / 23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

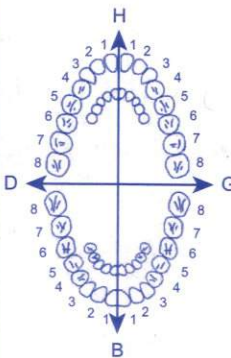
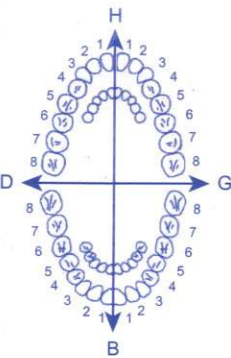
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 : أصدر ب :  
Le : 02/02/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation	160473718	رقم التسجيل	المُرسل إليه
Règlements de la période		أداءات الفترة	Destinataire
du : 31/12/2022 : من			BENCHERQI MOHAMMED
au : 31/12/2022 : 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	التعريفة 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENCHERQI MOHAMMED											
98034889	19/08/2022	CS	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION FONCTI	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	31/12/2022	105,00
98034889	19/08/2022	C999	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION FONCTI	300,00	175,00	1.00	1,00	175,00	70,00	31/12/2022	122,50
98034889	19/08/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	365,00	0,00	1.00	8,00	0,00	0,00	31/12/2022	52,50
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											280,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											280,00

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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





# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

Rég. ANAM 1.2.01.01

مرجع رقم: R61. 610-1-02

N° Dossier :

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Adresse :

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe\* :

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à :

Le :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

تب:

في:

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

تب:

في:

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque cas.  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

المستوفى الوطني للمعاشن الاجتماعي - ساحة بانكار - الدار البيضاء من ب. 2186 الدار البيضاء المسجلة - الهاتف 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Cas. Grev Téléphone : 080 203 3333







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

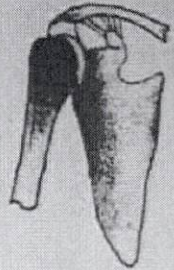


الدكتور عبد الحق مودن  
Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.  
Podologie - Mésothérapie.  
Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء  
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phenicia - Rez de Chaussée Casablanca  
Tel.: 06 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97  
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com  
Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

19/08/822

BENCHERQI M.

15 séances de rééducation fonctionnelle  
des rachis lombaire

- Séances de massage

*[Signature]*

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecin Rééducateur - Podologue  
119, Bd Bourgogne - Casablanca  
Tel: 0522 27 85 61  
Fax: 0522 27 85 61



ات الطبية الممولة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	
19/08/22	365,00	
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		
Prestations et services non pris en charge par l'Organisme		
Nature de la prestation	Prix Unitaire	



N° Dossier  
Partis reçus  
Nom et adresse  
N° Annuaire  
N° CIN  
Lien de  
Adresse  
Moy  
No  
DA  
B

VITANEVIR<sup>®</sup> FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

VITANEVIR<sup>®</sup> FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

VITANEVIR<sup>®</sup> FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

باراسيتامول و كودينين  
Codoliprane<sup>®</sup>  
Paracétamol 400 mg  
Phénopéridine 20 mg  
COMPRIMÉS SÉCABLES

6 118000 040217

OEDES 20mg  
14 gélules

6 118001 100071

DOLICOX 120 mg  
7 Comprimés pelliculés

6 118000 041962

DOLICOX 120 mg  
7 Comprimés pelliculés

6 118000 041962



spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

de la Faculté de Médecine de Montpellier  
re de la Société Française d'Ostéopathie

119 - 120 - 121

Jourgnone - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tel.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

neceasabianca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com  
tél : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INF 091113860

288/20/GV

BEN GARD! M=

$\alpha = 300^\circ$

- 30 -

*...ag ...*

Dr. Abdelhak MOUDEN  
110 rue de la République  
Téléphone 22 85 61 27  
Fax 0532 29 41 33

[illegible]



الدكتور عبد الحق مودن  
Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail: osteopathecasablanca@gmail.com / Site web: www.osteopathe-casablanca.com

Patente: 40507422 - ICE: 001954857000053 - JNP 09113860

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecin Rééducateur  
119, Bd Bourgogne  
Tél: 05 22 27 85 61 29 76 97  
Fax: 05 22 29 41 33

Casablanca le : 12/03/2022

Objet : DEVIS

Nom & Prénom

BENCHERQI M

Diagnostic

Synovite L5 sacral

Nombre des Séances

15 Séances de Rééducation fonctionnelle

Prix de Séance

200 DH

Total

3000 DH

Net à Payer

3000 DH

Arrêté le présent le devis à la somme de :

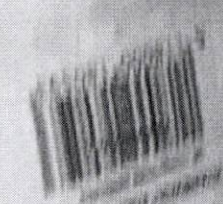
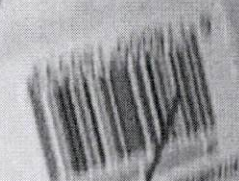
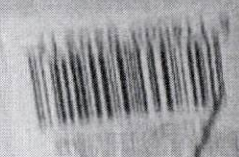
Three mille dh

BMCI (bourgogne Casablanca)

N° de compte : 013780011610001280013545

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecin Rééducateur - Podologue  
119, Bd Bourgogne - Casablanca  
Tél: 05 22 27 85 61 29 76 97  
Fax: 05 22 29 41 33

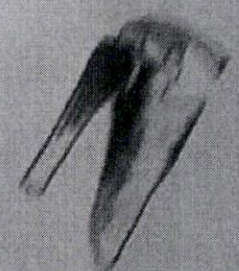




الدكتور عبد الحق مودن  
**Docteur Abdelhak Mouden**  
 spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie  
 Podologie - Mésothérapie  
 Traumatologie du Sport  
 Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
 Membre de la Société Française d'Ostéopathie

110 Avenue de Bourgogne - Résidence l'Alouette - Bez de  
 34110 - 06 82 87 05 01 / 06 82 87 05 02  
 E-mail : osteopsthercasaudun@gmail.com  
 Patente - 41007424









الدكتور عبد الحق مودن  
Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.  
Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بوركون - إقامة فليسيا - الدار البيضاء  
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca  
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail: osteopathiesaablanca@gmail.com / Site web: www.osteopathiesaablanca.com  
Patente: 40507422 - ICE: 00195485700053 - INP 03113888

Casablanca le : 19/03/2022

Objet : DEVIS

Nom & Prénom

BEN CHEKRI M.

Diagnostic

Spondylarthropathie

Nombre des Séances

15 Séances de Rééducation fonctionnelle

Prix de Séance

200 DH

Total

3000 DH

Net à Payer

3000 DH

Arrêté le présent le devis à la somme de :

3000 DH

BMCI (bourgogne Casablanca)

N° de compte : 013780011610001280013545

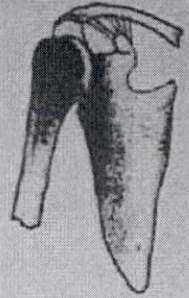




الدكتور عبد الحق مودن  
Docteur Abdelhak Mouden  
spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.  
Podologie - Mésothérapie.  
Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركور - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء  
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca  
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97  
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com  
Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

19/08/2022

BEN CHERQI M.

consultation gynécologique = 300.-

visite inf = 300.-

TOTAL : 600.-

Dr. Abdelhak Mouden

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecin (Ostéopathe) - Podologue  
119, Bd de Bourgogne - Casablanca  
Tél: 05 22 27 85 61 / 29 76 97  
Fax: 05 22 29 41 33

ctc  
sta  
NPE e  
NPE et  
Descript  
Da  
INPE et co  
INPE et cod  
Prestation  
Nature de



Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP	Montant	Signature et Cachet du Médicament
1968/2022	15 x 2000	15 x 2000	Dr. Abdelhak MONTAGNA Tél: 01 80 00 00 00 Fax: 01 80 00 00 00

CIM-10

Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP	Montant	Signature et Cachet du Médicament
			Dr. Abdelhak MONTAGNA Tél: 01 80 00 00 00 Fax: 01 80 00 00 00



INPE et code	INPE et code
INPE et code	INPE et code

*(Faint, illegible text from reverse side of page)*

Descripti	Date
-----------	------

Acti	cli	Date	INPE e	INPE et c

Dr. Abdelhak MOU  
Medecin Responsable  
Tél: 0522 27 85 61  
Fax: 0522 29 41 83

6000-  
15/11/2004  
Dr. Abdelhakim  
Tel: 0522 27 85 6  
Fax: 0522 27 85 6  
Moukoko R. Moukoko  
collation NGAP  
Moukoko R. Moukoko  
Moukoko R. Moukoko

Se.
N° CIN
Date de n.
Nom et prén
déclaratoire de s
claration du m
bre de places
des frais :