

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

Complément
Déclaration de Maladie

M24-0011040

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12161

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Karim El Alaoui Asma

Date de naissance : 12/10/1982

Adresse :

Tél : 0662765912

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

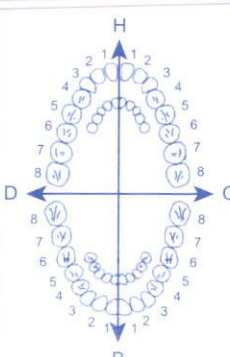
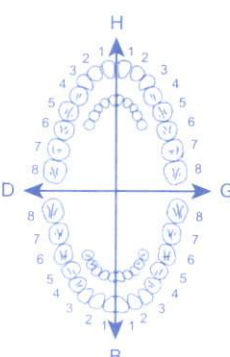
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

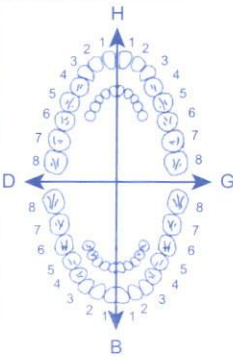
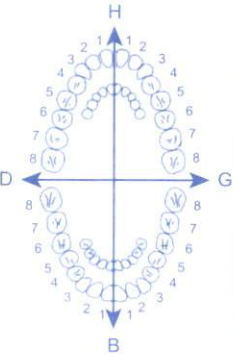
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS								
					DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2553341221433552 0000000000000000 DG 0000000000000000 3553341111433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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 : 01/04/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 133927362

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 01/04/2024 : من
au : 01/04/2024 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

EL YOUSFI TAHA

Veuillez 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	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- -ement	Taux de rembour- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL YOUSFI ISMAIL											
63733840	16/03/2024	PH	PHARMACIES D	28,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	30/03/2024	19,60
63733840	16/03/2024	CS	OFFICINES TRAUMATOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	30/03/2024	105,00
63733840	16/03/2024	T101	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE	200,00	150,00	15,00	1,00	150,00	70,00	30/03/2024	105,00
Total remboursé											229,60
Total général remboursé											229,60

- 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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم Réf. ANAM : 12.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	Elyassfi taha			الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	131312273162			رقم التسجيل :
N° CIN :	FA1020179			رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	Conjoint ☐ زوج Enfant ☒ ابن			علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Adresse :				العنوان :
Montant des frais :	528 Dhs.			مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :				عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :	El gousfi Ismail			المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :				الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :				تاريخ الميلاد :
N° CIN :				رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :	M ☒ ذكر F ☐ أنثى			الجنس* :
INPE et code à Barres**				الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant	INPE: 091175778	Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation ☐	إستشفاء ☐	Maternité ☐	أمومة ☐	Accident ☐	حادثة ☐	Maladie ☐	مرض ☐
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : ب :
Le : في : 11/11/11

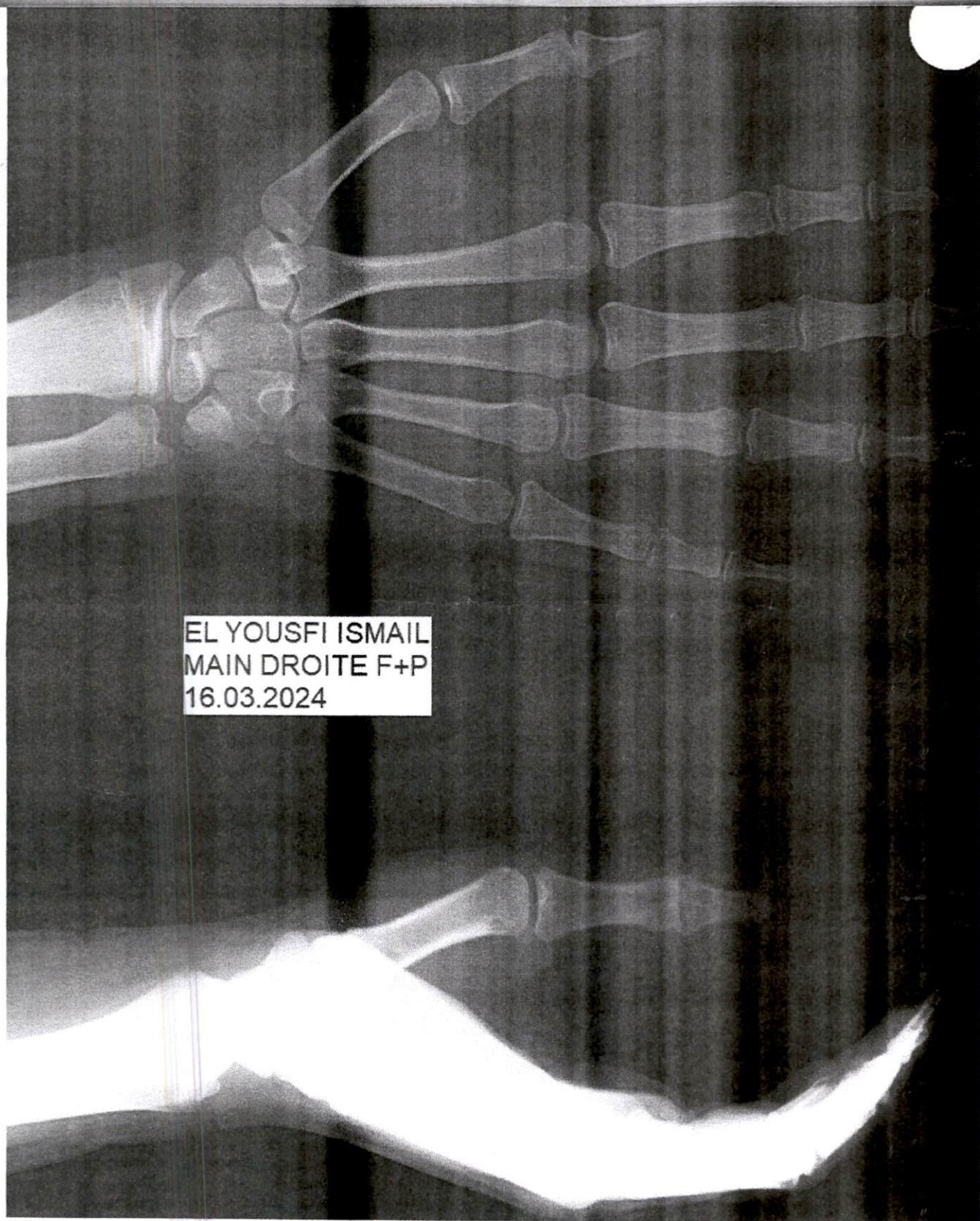
توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : ب : Casablanca
Le : في : 16/03/2011

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Dr. Achraf HAPANE
Traumatologue - Rhumatologue



EL YOUSFI ISMAIL
MAIN DROITE F+P
16.03.2024

Dr Achraf HADANE
Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancien interne au Centre Hospitalier de Valence
(Rhône-Alpes- France)

الدكتور أشرف حدان
أخصائي جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي
فالانس . فرنسا

Casablanca le..... 16-3-2020..... في الدار البيضاء

COMPTE RENDU DE RADIOGRAPHIE ET FACTURE

Mr /~~Mme~~ EL Youkri ISMAÏL

Radiographie de Main de Droite

Absence de lésion osseuse
de la main

Dr. Achraf HADANE
Traumatologue Orthopédiste
403, Résidence Assafaa, Appt. 4
Bd. Qods - Casablanca
Tél.: 05 22 50 34 48

Facture arrêtée à 200,00 dh

Dr. Achraf HADANE
Traumatologue Orthopédiste
403, Résidence Assafaa, Appt. 4
Bd. Qods - Casablanca
Tél.: 05 22 50 34 48

Bd, Al Qods, Lot Essakane El Anik. Rés. Assafaa, Imm.403 , Num 4 -Casablanca
شارع القدس ، تجزئة السكن الأنيق، إقامة الصفاء، عمارة 403، رقم 4، الدار البيضاء

Dr Achraf HADANE
Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancien interne au Centre Hospitalier de Valence
(Rhône-Alpes- France)

الدكتور أشرف حدان
خصائي جراحة العظام و المفاصل
رئيس كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
بيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي
فالانس . فرنسا

Casablanca le 16-3-2016 في الدار البيضاء

M^r EL YOUSFI ISMAÏL

M. ortho en pme

15

Dr. Achraf HADANE
Traumatologue-Orthopédiste
403, Résidence Assafaa, Apt. 4
Bd. Qods - Casablanca
Tél.: 05 22 50 34 48

Bd, Al Qods, Lot Essakane El Anik. Rés. Assafaa, Imm.403 , Num 4 -Casablanca
شارع القدس ، تجزئة السكن الأنيق، إقامة الصفاء، عمارة 403، رقم 4، الدار البيضاء

Tél : 05 22 50 34 48 / 06 34 74 05 20

Dr Achraf HADANE
 Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste
 Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
 Ancien interne au Centre Hospitalier de Valence
 (Rhône-Alpes- France)

الدكتور أشرف حدان
 أخصائي جراحة العظام و المفاصل
 خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
 طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي
 فالانس ، فرنسا

Casablanca le... 16.03.2024... في الدار البيضاء

M^r EL Yousfi ismail

28.00

1. Nodal fen 400mg

1 Cp x 2j

05

2. paracétol 500mg

1 Cp x 2j

05

3. Vagabond
 1 Cp x 2j

Cine Alchimie (Blanc)
 10

4. Oest 20mg

Bd, Al Qods, Lot Essakane El Anik. Rés. Assafaa, Im. 403, N° 430 Casablanca
 شارع القدس ، تجارة السكن الأنيق ، إقامة الصفاء، عمارة 403 ، رقم 4 ، الدار البيضاء

Dr. Achraf HADANE
 Traumatologue Orthopédiste
 Résidence Assafaa, Appt. 4
 Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain sebaa Casablanca
 No-dol fen 400mg, cp
 B30
 P.P.V: 28,00 DH
 6 118000 061878

