

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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° M20- 0007568

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780

Société : 49239

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Med

Nom & Prénom : Kana Meriem

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KANA Meriem

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-07568

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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

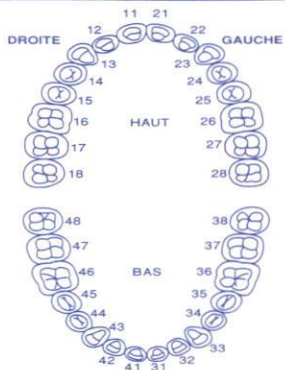
Coefficient

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



### O.D.F. Prothèses dentaires

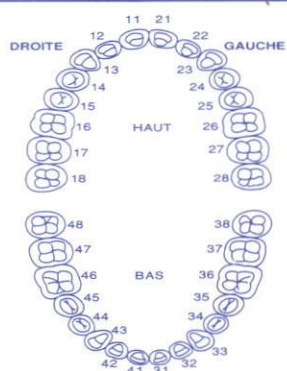
Détermination du coefficient  
masticatoire

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution



H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

### VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 17 / 0066613



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 17 / 0066613

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

Signature et  
cachet du  
médecin

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et  
cachet du  
Pharmacien  
21 NOV. 2020  
ACCUEIL

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des  
Honoraires

CACHET

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin à l'hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le:

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالاشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء في: 25/09/2020

**VERRE POUR LA VISION DE LOIN**

OEIL DROIT

+ 3,00 (- 9,00, 30°)

OEIL GAUCHE

+ 5 (- 2,00, 100°)

**ADDITION VISION DE PRES**

Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N°2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

**PHARMA OPTIQUE**  
Opticienne Optométriste Diplômée  
235, Bd Yacoub El Mansour  
Rés Al Anfal - Casa  
Tél: 05 22 95 85 76

235, شارع يعقوب المنصور - إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني الدار البيضاء الهاتف: 05 22 95 12 89  
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im. "A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89



Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
25/09/80	92		300	<b>DR. LOUBNA KHAYAR</b> <b>OPHTALMOLOGISTE</b> 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 89	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

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	
2/10/80	1	monture optique	500,00	3000,00	<b>PHARMA OPTIQUE</b> Opticien Optométriste Diplômé 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Casablanca Tél: 05 22 96 85 76	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				الاحياء، الاشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الاشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres		
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



# Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

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

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

الآئحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

0661511709

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Rég. ANAM : 12/01/01</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : KANA Nene

رقم التسجيل : 110179449

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 81K\_014154

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

العنوان : Ate HASSANI DEB NEJMA Bloc 452 N°108

مبلغ المصاريف : 3808.75 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 03

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : KANA Nene

تاريخ الميلاد : 13/05/1979

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 81K\_014154

الجنس : \* أنثى ☐ ذكر ☐ M

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر \*\*

INPE et code à barres \*\*

3482059

مédecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات \*

Maladie ☐ مرض

Accident ☐ حادث

Amومة ☐ أمومة

Maternité ☐ مستشفى

Hospitalisation ☐ استشفاء

Le : 11/11/2019

في : 11/11/2019

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p>	<p>تاريخ الاستلام : 11/11/2019</p>
<p>Date de dépôt du dossier : 11/11/2019</p>	<p>Date d'arrivée : 11/11/2019</p>

- 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

CNSS\_Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b> <b>AMO</b>	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 201199869970917	Emis à Casablanca le : 19/11/2020	Page : 1
<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة		KANA MARIEM DB NEJMA BLOC 457 N[ 1118 HAY HASSANI CASABLANCA 2023	
N° d'immatriculation : 110794049 Règlement du mois : 11/2020 Mode de paiement : Virement			
<b>Informations :</b>		معلومات :	

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو 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
KANA MARIEM										
071035429	25/09/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
071035429	25/09/2020	VER	OPTICIEN	3 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
071035429	25/09/2020	MON	OPTICIEN	500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
<b>Total remboursé pour MARIEM</b>										<b>420,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>420,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 071035429



# pharma

## OPTIQUE

### FACTURE

FACTURE N° : 174/2020

CLIENT : KANA MERIEM

DATE FACTURE : 12/10/2020

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : 1 OPTIQUE	500,00 DH
Verres : OG1 PROGRESSIFS ORGANIQUES AMINCIS 1.67 ANTIREFLETS	1 500,00 DH
OD1 PROGRESSIFS ORGANIQUES AMINCIS 1.67 ANTIREFLETS	1 500,00 DH
Nomenclatures : OD : +3.50 ( -0.50 à 30° ) , Add = +2.00 ,Prisme = +0.00 OG : +5.00 ( -2.50 à 100° ) , Add = +2.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

PAYE PAR CHEQUE

ICE : 001579536000033

**PHARMA OPTIQUE**  
Opticien Optométriste Diplômé  
735, Bd Yacoub El Mansour  
Rés Al Anfal - Casa  
Tél 05 22 36 85 76

Total TTC : 3 500,00 DH

Total HT : 2 916,67 DH

TVA 20% : 583,33 DH

Frais de Timbres : 8,75 DH

Montant Total Payé : 3 508,75 DH



095004461

R.C 92631 IF 2222044 Patente 34819120 CNSS 6066460