

## 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° W19-600438

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3249

Société :

RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENNAM

DOUSTAFA

Date de naissance :

24-09-1957

Adresse :

3 RUE HAFID IBRAHIM AP 3

CASABLANCA

Tél. :

0661186986

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21-09-2019

Nom et prénom du malade :

Z. BEN-ASDAH

Age :

36/39

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.

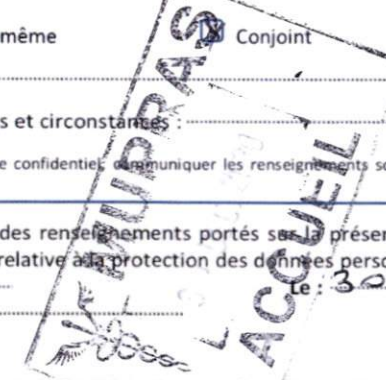
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le : 30/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :





660 2A.89.56

## ons à suivre

Feuille de soins par personne et par événement.

Document justificatifs originaux (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le prénom de la personne soignée doit être écrit par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les documents et les PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances transmises.

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

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

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

Le versement préalable de la CNSS pour les prothèses et l'orthodontie faciale est nécessaire.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas couvertes par la loi est passible des sanctions légales et réglementaires.

Le versement de remboursement pris par la CNSS est conditionné au respect des conditions réglementaires et de la loi.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.

الضرورة (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة Entente préalable		<input type="checkbox"/> تنفيذ Exécution
مراجع رقم: 610-1-02		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Zuhair EL BENNANI ASMAH الإسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 140788457 رقم التسجيل :

N° de la carte d'Identité Nationale : 1434472 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 2, Rue HADJ BRAHIM EL ACHACH, CASABLANCA العنوان :

Montant des frais : 600 Dhs. مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 05 عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : <u>Zuhair EL BENNANI ASMAH</u>	الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : <u>20/06/1959</u>	تاريخ الميلاد :
N° de la carte d'Identité Nationale : <u>1434472</u>	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس :

## Identification du Médecin traitant

N° INP	الرقم الوطني للإستدلال الممارس :
Type de soins	نوع العلاجات :
Maladie* <input type="checkbox"/> Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/> مرض* <input type="checkbox"/> للأطفال أقل من 12 سنة	INPE : 001634215000047
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة* <input type="checkbox"/>	Date de grossesse : <input type="text"/> تاريخ الحمل :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء* <input type="checkbox"/>	Date prévue d'accouchement : <input type="text"/> التاريخ المرتقب للولادة :
Accident* <input type="checkbox"/> حادث* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation : <input type="text"/> تاريخ الإستشفاء :
	Date d'accident : <input type="text"/> تاريخ الحادث :
	Causes : <input type="text"/> أسباب الحادث :
P atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : <u>Casablanca</u> <input type="checkbox"/> ب : <u>Casablanca</u>	Fait à : <u>Casablanca</u> <input type="checkbox"/> ب : <u>Casablanca</u>
Le : <u>10/12/2019</u> <input type="checkbox"/> في : <u>10/12/2019</u>	Le : <u>10/12/2019</u> <input type="checkbox"/> في : <u>10/12/2019</u>
Signature du l'assuré(e) <u>Zuhair EL BENNANI</u>	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cacher la mention utile pour chaque case

\* الخطب الخاص ZUHAIL EL BENNANI

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Nom de l'agent : <u>.....</u>	تاريخ الإستلام : <u>.....</u>
N° du dossier : <u>.....</u>	Date d'arrivée : <u>.....</u>



تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	وصف العمليات المجرة نوع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médic traitant
19-10-2020				300	

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	
7/11/20				6100	

PLANETE OPTICAL  
opticienne optométriste  
Rue Bou Wakt Khalif  
Angle Avenue du Khari Boulogne  
Casablanca - Tél: 05 22 47 12 79

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					الإحصاء، الأندسة والصور توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإشعاعي Signature et Cachet du Radiologiste ou Biologiste
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	

INP: [ ]

INP: [ ]

INP: [ ]

INP: [ ]

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			لوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
19/10/2020	150,00	PHARMACIE EL FAY 5, BD. KHALID IBNOU A. INSEBAA CASABLANCA TEL 05 22 35 59 38	

INP: [ ]

INP: [ ]

INP: [ ]





OPHTALMOLOGIE  
Diplômé de l'Institut Universitaire  
BARRAQUER – BARCELONE

Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca  
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologiste

Diplômé de l'Institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie  
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophthalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 19 OCT. 2020

Patient : Madame BENNANI Asmah

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (150° -0,25) -0,75 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : + 1,50 , Addition + 2,75.

PLANETE OPTIC  
Opticienne optométriste  
1, Rue Abou El Waki Khale  
Angle Avenue du Phare Bourg  
Casablanca - Tél: 05 22 47 2

Dr. BENNANI MOHAMMED AMINE  
OPHTALMOLOGIE  
7, RUE IBNOU BABEK  
RACINE CASABLANCA  
0522 36 20 00 / 02

7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca  
•Tél.: +(212) 522 362 000 / 02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

# Planete Optical

1, rue Abou  
waik khalef  
&  
Angle avenue  
du phare

DATE : 27/11/20

FACTURE : /5649

**ZNIBER ASMAH EPSE BENNANI**

Nom	Qte	Désignation	P.U	Montant
431	1	varilux confort crysal alysé	2300	2300
428	1	varilux confort crysal alysé	2300	2300
	1	monture	1500	1500

Total ----->: 6 100,00 Dh

Patente :  
N° 35602337

Identification  
fiscale:  
N° 40517911



Registre  
du commerce :  
N° 286152

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Six Mille Cent Dhs et Zéro Cts

**PLANETE OPTICAL**  
opticien agréé  
1, Rue Abou El Waki Khalef  
Angle Avenue du Phare Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 47 22 79



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الإجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>مرجع رقم : 610-2-06</b>
	<b>Référence structurée : 201200983023281</b>	<b>Emis à Casablanca le : 24/12/2020</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b>	<b>ZNIBER EP BENNANI ASMAH</b> <b>3 RUE HAFID IBRAHIM ETG 01</b> <b>CASABLANCA 2006</b>	
	<b>N° d'immatriculation : 100728157</b> <b>Règlement du mois : 12/2020</b> <b>Mode de paiement : Virement</b>		
<b>Informations :</b>			

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
ZNIBER EP BENNANI ASMAH										
067431680	19/10/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067431680	19/10/2020	MON	OPTICIEN	1 500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067431680	19/10/2020	VER	OPTICIEN	4 600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067435819	31/10/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	500,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067435819	31/10/2020	Z	RADIOLOGIE	1 000,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
067435819	31/10/2020	K	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	100,00	1,00	1,00	100,00	70	70,00
067435819	31/10/2020	B	RADIOLOGIE	2 450,40	1,10	810,00	1,00	1 991,00	70	1 393,70
067435819	31/10/2020	B	RADIOLOGIE	800,00	1,10	600,00	1,00	660,00	70	462,00
067435819	31/10/2020	PH	RADIOLOGIE	613,80	613,80	1,00	1,00	613,80	70	429,66
067435819	31/10/2020	PHN	RADIOLOGIE	18,20	97,10	1,00	1,00	97,10	00	0,00
<b>Total remboursé pour ASMAH</b>										<b>3 580,36</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>3 580,36</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



RELEVÉ DES PRESTATIONS  
AMO



مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 201200983023281

Emis à Casablanca le : 24/12/2020

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

ZNIBER EP BENNANI ASMAH  
3 RUE HAFID IBRAHIM ETG 01  
CASABLANCA 2006

N° d'immatriculation : 100728157

Règlement du mois : 12/2020

Mode de paiement : Virement

Informations :

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
ZNIBER EP BENNANI ASMAH										
067431680	19/10/2020	CS	MEDECIN	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067431680	19/10/2020	MON	SPECIALISTE	1 500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067431680	19/10/2020	VER	OPTICIEN	4 600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
067435819	31/10/2020	CS	MEDECIN	500,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
067435819	31/10/2020	Z	SPECIALISTE	1 000,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
067435819	31/10/2020	K	RADIOLOGIE	200,00	100,00	1,00	1,00	100,00	70	70,00
067435819	31/10/2020	B	MEDECIN	2 450,40	1,10	810,00	1,00	1 991,00	70	1 393,70
067435819	31/10/2020	B	RADIOLOGIE	800,00	1,10	600,00	1,00	660,00	70	462,00
067435819	31/10/2020	PH	RADIOLOGIE	613,80	613,80	1,00	1,00	613,80	70	429,66
067435819	31/10/2020	PHN	RADIOLOGIE	18,20	97,10	1,00	1,00	97,10	00	0,00
Total remboursé pour ASMAH										3 580,36
Total général remboursé										3 580,36

ما عدا خطأ أو نسيان

Sauf erreur ou omission