

**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.



**Déclaration de Maladie**

N° W21-792863

184140

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9766 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : M. BAST FATIMA  
 Date de naissance : 07 11 1967  
 Adresse : 273 Bd My youssef CASABLANCA  
 Tél : 0678207057 Total des frais engagés : 664,20 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

**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





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 : 16/10/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation	134566234	رقم التسجيل	Destinataire	HABILLE SAID
Règlements de la période		أداءات الفترة		
du : 13/10/2023		من		
au : 13/10/2023		إلى		

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 ارسال الإداء	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
HABILLE SAID											
136911450	22/08/2023	CG	OPHTALMOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	13/10/2023	0,00
136911450	22/08/2023		PHARMACIES D OFFICINES	664,20	0,00	1,00	6,00	0,00	0,00	13/10/2023	551,29
<b>Total remboursé</b> مجموع مبلغ التعويض											551,29
<b>Total général remboursé</b> مبلغ التعويض الاجمالي											551,29

- 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

Tel: 0621512858

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REF : ANAM 12.02.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03	

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها) **Partie réservée à l'assuré(e)**

Nom et prénom : HABILLE SAID : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Immatriculation : 1434566234 : رقم للتسجيل :  
N° CIN : B-567860 : 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 : 273, BD MY YOUSSEF Casablanca - Anfa : العنوان :  
Montant des frais : 664,20 Dhs. : مبلغ المصاريف :  
Nombre de pièces jointes : 02 : عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج **Déclaration du Médecin traitant**

المستفيد من العلاجات **Bénéficiaire de soins**  
Nom et prénom : HABILLE SAID : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 1941051960 : تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : B-567860 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe \* : M ذكر  أنثى  : الجنس \* :

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر \*\* **INPE et code à barres \*\***

المؤسسة العلاجية **Médecin traitant**  
0522266169311 : المؤسسة العلاجية :  
Rue Farnat Hôpital de Casablanca  
Tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 00 71  
E-mail: farnat.hopital@inpe.ma

نوع العلاجات **Type de soins**

قبول المرض المزمن \* :  Oui  Non  
رقم ملف المرض المزمن :  
رمز المرض المزمن :  
مرض \*  Maladie\*  استشفاء\*  Hospitalisation\*

أشده بصحة كل ما ذكر أعلاه **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.**  
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه **Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.**  
ف : CASA  
في : 21/10/2023  
توقيع المؤمن له **Signature de l'assuré(e)**  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية **Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins**

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.  
دار المؤمن - ساحة داكور - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 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





DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophthalmologist spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولى بفرنسا  
ملحق سابق بمستشفى فان. كانز بباريس

Casablanca, le ..... 22-08-2023 ..... في البيضاء

Monsieur HABILLE Said

110,70 x 6

- XOLAMOL COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois



664.20



Pharmacie La Corniche  
319. Bd Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tel/Fax 05 22 27 67 03  
E.L.A.L.L.A.L.L. Maroc



Dr. BADAOUI Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE  
27. Rue El-Hayat Hachad  
Tél. 05 22 26 61 68 Casa



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 R  
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi

Mail: ta.badaoui@gmail.com - www.dr badaouiabdellatif.com - www.casablancaservision.com

