

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-845959

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766

Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAST FATIMA

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273 Bd My Youssef CASABLANCA

Tél. : 0678207057

Total des frais engagés : 66h,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2024

Nom et prénom du malade : HABILLE SAID

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

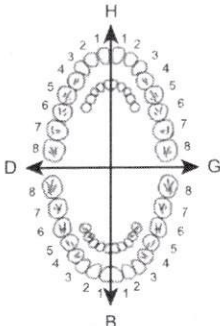
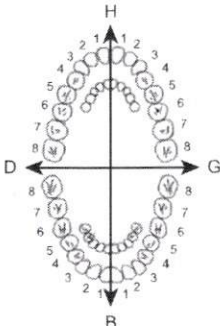
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX                                    |
|--|---|------------------|-------------|------------------------|--|
|   |   |                  |             |                        | <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> |
|  |   |                  |             |                        | MONTANTS DES SOINS   |
|  |   |                  |             |                        | <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> |
|  |   |                  |             |                        | DEBUT D'EXECUTION  |
|  |   |                  |             |                        | <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> |
|  |   |                  |             |                        | FIN D'EXECUTION  |
|  |   |                  |             |                        | <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> |
|  |   |                  |             |                        |  |
|  |   |                  |             |                        |  |
|  |   |                  |             |                        |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412   21433552<br/>           00000000   00000000<br/> <b>D ————— G</b><br/>           00000000   00000000<br/>           35533411   11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                  |             |                        | COEFFICIENT DES TRAVAUX                                    |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> <div>Montant des Honoraires</div> </div>  |                  |             |                        | MONTANTS DES SOINS   |
|  |   |                  |             |                        | <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> |
|  |   |                  |             |                        | DATE DU DEVIS  |
|  |   |                  |             |                        | <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> |
|  |   |                  |             |                        | DATE DE L'EXECUTION  |
|  |   |                  |             |                        | <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> |
|  |   |                  |             |                        |  |
|  |   |                  |             |                        |  |
|  |   |                  |             |                        |  |
|  |   |                  |             |                        |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



| Description des actes effectués     |                                |   |                                   | وصف العمليات المجرأة   |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes    | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet du Médecin<br>traitant |  |
| 21-2-                               | C                              |   |                                   |  |  |
| INPE et code à Barres<br>092037266  |                                |   |                                   |  |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111 |                                |   |                                   |  |  |

CIM-10

| Actes Paramédicaux                  |                                   |  |                                    |   | عمليات المساعدين الطبيين  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|---|---|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes    | رمز العمليات<br>Code des<br>actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation<br>NGAP | عدد<br>العمليات<br>Nbre<br>d'actes | المبلغ<br>المفوتر<br>Montant<br>facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |  |
|                                     |                                   |  |                                    |   |   |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111 |                                   |  |                                    |   |   |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111 |                                   |  |                                    |   |   |  |

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie |                                |   |                                      | عمليات الإحياء، الأشعة و الصور  |  |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation<br>NGAP/NABM | المبلغ المفوتر<br>Montant<br>facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111       |                                |   |                                      |   |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111       |                                |   |                                      |   |  |

| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis |                               |   | جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة |  |
|---|-------------------------------|---|--|--|
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                                     | الثمن المفوتر<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون الأجهزة<br>الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou<br>Fournisseurs des dispositifs médicaux |  |  |
| 21/02/24  | 664,20.                       |   |  |  |
| INPE et code à Barres<br>INPE: 092037266                              |                               |   |  |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111                                   |                               |   |  |  |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire |               |          |            |
|---|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation   | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|   |               |          |            |



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 : 27/02/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 134566234 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من : 27/02/2024 : إلى : 27/02/2024  
أداءات الفترة

المُرسل إليه  
Destinataire  
HABILLE SAID

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<br>المرجعية | المعامل | الكمية   | أساس<br>التعويض               | نسبة<br>التعويض                 | تاريخ إرسال<br>الأداء          | مبلغ<br>التعويض      |
|---|------------------|----------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|----------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Numéro de dossier                             | Date de<br>soins | Actes    | Prestataires de soins     | Montant de la<br>dépense | Tarif de<br>référence | Coeff.  | Quantité | Base de<br>rembour-<br>sement | Taux de<br>rembour-<br>sement % | Date<br>d'envoi<br>du paiement | Montant<br>remboursé |
| HABILLE SAID                                  |                  |          |                           |                          |                       |         |          |                               |                                 |                                |                      |
| 124684368                                     | 21/02/2024       | CG       | OPHTALMOLOGIE             | 0,00                     | 0,00                  | 1,00    | 1,00     | 0,00                          | 70,00                           | 27/02/2024                     | 0,00                 |
| 124684368                                     | 21/02/2024       | PH       | PHARMACIES D<br>OFFICINES | 664,20                   | 0,00                  | 1,00    | 6,00     | 0,00                          | 0,00                            | 27/02/2024                     | 551,29               |
| Total remboursé مجموع مبلغ التعويض            |                  |          |                           |                          |                       |         |          |                               |                                 |                                | 551,29               |
| Total général remboursé 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



DR BADAOUI ABDELATIF

Ophtalmologiste 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 مونبولي بفرنسا  
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le

21-02-2024

في البيضاء

Monsieur HABILLO Said

Pharmacie La Corniche  
319, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax 05 22 27 67 03  
ELALLALI Naoual

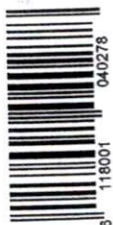
110.70 x 6

- XOLAMOL COLLYRE

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



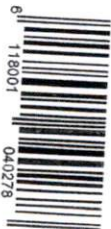
664.20



Pharmacie La Corniche  
319, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
Tél/Fax 05 22 27 67 03  
ELALLALI Naoual



OPHTALMOLOGISTE  
27, Rue Farhat Hachad  
Tél. 05 22 26 61 68 Casa



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

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

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiabdellatif.com - www.casal

