

## 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.

### 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

M23-001595

203826

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : DOUIE B. Hajji

Date de naissance : 1.4.1954

Adresse : 64 Rue EC BAHAIL POUKNOIRES CASA

Tél. : 0663722597 Total des frais engagés : 3250.30 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible][illegible]

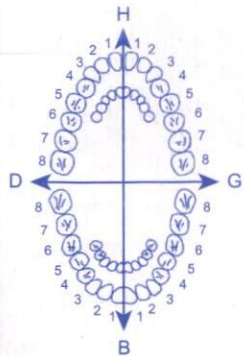
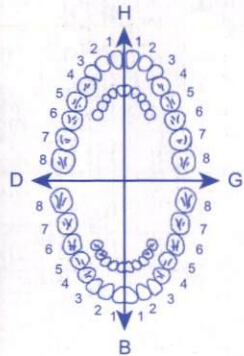
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins  | Coefficient |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|---|--|----------------------|-------------|---|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|---|
|    |  |                      |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                      |             | H   |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | D  | G                    |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | B  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                      |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>           |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |             |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 : أصدر ب  
Le : 22/03/2024 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

|                                |     |               |              |
|--------------------------------|-----|---------------|--------------|
| N° d'immatriculation 185164235 |     | رقم التسجيل   | المرسل إليه  |
| Règlements de la période       |     | أداءات الفترة | Destinataire |
| du : 22/03/2024                | من  |               | BENNIS NADIA |
| au : 22/03/2024                | 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 إرسال الأداء       | 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 |
| BENNIS NADIA            |               |          |                        |                       |                    |         |          |                       |                         |                          |                   |
| 143747741               | 06/03/2024    | VER      | OPTICIEN               | 1800,00               | 225,00             | 1.00    | 1,00     | 225,00                | 70,00                   | 22/03/2024               | 157,50            |
| 143747741               | 06/03/2024    | MON      | OPTICIEN               | 800,00                | 225,00             | 1.00    | 1,00     | 225,00                | 70,00                   | 22/03/2024               | 157,50            |
| 143747741               | 06/03/2024    | T205     | OPHTALMOLOGIE          | 150,00                | 160,00             | 16.00   | 1,00     | 160,00                | 70,00                   | 22/03/2024               | 105,00            |
| 143747741               | 06/03/2024    | CS       | OPHTALMOLOGIE          | 200,00                | 150,00             | 1.00    | 1,00     | 150,00                | 70,00                   | 22/03/2024               | 105,00            |
| 143747741               | 06/03/2024    | PH       | PHARMACIES D OFFICINES | 300,30                | 0,00               | 1.00    | 7,00     | 0,00                  | 0,00                    | 22/03/2024               | 125,65            |
| Total remboursé         |               |          |                        |                       |                    |         |          |                       |                         |                          | 650,65            |
| Total général remboursé |               |          |                        |                       |                    |         |          |                       |                         |                          | 650,65            |

- 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 الوطني على الأرقام





# DOUSKATI ABDELLATIF

## Opticien - Optometriste

Facture: 0004107 Date: 16/03/2024

Mr: BENNIS NADIA

Docteur: Abdelhak BOUCHTA.

Types des Verres :

Progressif  
Optim-AR

Monture (s) :

Optique

800,00

\* Vision de Loin :

OD Axe Cyl Sph *Monte* 900,00

OD Axe 160 Cyl -0,75 Sph 900,00

\* Vision de Prés :

OD Axe Cyl Sph

OD Axe Cyl Sph

DOUSKATI ABDELLATIF

Opticien - Optometriste

12 Av. Nil Mabrouka Sidi Othmane

Tel: 07 62 43 08 05

Add: +3,00

Montant:

2600,00

12 Av Nil Mabrouka Sidi Othmane Casa - Tél: 07 62 43 08 05

ICE: 002067947000086 - IF: 25210599 - RC: 454054

TP: 32700116 - PATENTE: 25210599 - INPE: 065051245

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوجرافي  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le 06/03/24 الدار البيضاء في

63,50 7<sup>me</sup> BONNIS. NNNIA

11 ARCS. 250 mg. 1 cp  
1 cp x eff. 10 45 p

81,00 x 2  
b) Endocolligne (colligne)  
(2 Boites)

11 x 4 fl.  
24,60 x 2  
b) FRACING (colligne)  
(2 Boites)

11 x 4 fl.  
20,80 x 2  
1 FRACING x 1 fl.  
(2 Boites)

1 repl. x 1 fl. 6 ser.

30,00 57) Pausent ou l'ame

1 repl. x 1 fl.

300,30.

Pharmacie la Solidarité  
334 bd Hassan II - Casablanca  
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abdelah  
Casablanca  
Tél.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

FRAKIDEX LOT/ رقم البعثة H9593  
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج 03-2023  
ZENITH PHARMA تاريخ الانتهاء 02-2025  
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ  
6118001270118 PPV : 24,60 DHS

FRAKIDEX LOT/ رقم البعثة H9193  
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج 03-2023  
ZENITH PHARMA تاريخ الانتهاء 02-2025  
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ  
6118001270118 PPV : 24,60 DHS

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ رقم البعثة H9648  
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج 05-2023  
ZENITH PHARMA تاريخ الانتهاء 10-2024  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ رقم البعثة H9648  
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج 05-2023  
ZENITH PHARMA تاريخ الانتهاء 10-2024  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

0 69273147500 7

ARES<sup>®</sup> 250mg  
Ciprofloxacin  
20 Comprimés pelliculés  
6118000340089



# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

GSM: 06 68 40 25 24

# الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافي  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

المحمول: 06 68 40 25 24

Casablanca le 06/03/2024 الدار البيضاء في

Bonnes

Nadi

Monte + m agamp reg

VL

OD: Va Neutro

OG: (-0.75 à 1.00)  
sil. reflect

VP

OD: +3.00

OG: +3.00

DOUSKATI ABDELLATIF  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
12, Av. Nil Mabrouka Sidi Othmane  
Casa - Tel.: 07 62 43 08 05

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abdelah  
Casablanca 2024

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abdelah  
Casablanca  
Tel.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

| 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  |  |
| 06/03/24                            | G<br>4Fo                       |   | 350ms                             | Dr. Abdelhak BOUCHTA<br>OPHTALMOLOGISTE<br>70, Rue Aïcha Ben Abdellah<br>Casablanca<br>Tél: 0522 47 33 45/0522 47 14 72 |  |
| INPE et code à Barres<br>0914301337 |                                |   |                                   |   |  |
| 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 actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>cotation NGAP | عدد العمليات<br>Nbre<br>d'actes | المبلغ المفوتر<br>Montant<br>facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical                                       |  |
| 06/03/2024                          |                                |   |                                 | 2600ms                               | DOUSKAT ABDELLATIF<br>OPTICIEN OPTOMETRISTE<br>12, Av. N°1 Sidi Othmane<br>Casa - Tél: 07 62 43 08 05 |  |
| INPE et code à Barres<br>1011111111 |                                |   |                                 |                                      |   |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111 |                                |   |                                 |                                      |   |  |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie |                                |   |                                      | عمليات الإحياء، الأشعة والصور   |  |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|--|
| 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 ou<br>Biologiste |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111       |                                |   |                                      |   |  |
| INPE et code à Barres<br>1111111111       |                                |   |                                      |   |  |

| جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة                 |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis |                                |  |
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                                     | القيمة المفوتر<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou<br>Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 06/03/2024  | 300,30                         | Pharmacie la Solidarité<br>334, Bd. Ambassadeur Ben Aïcha<br>Roches Noires - Casablanca<br>Tél: 05 22 23 03 Fax: 05 22 23 04     |
| INPE et code à Barres<br>092038686                                    |                                |  |
| 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 |
|   |               |          |            |



المنتدى الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاور - الدار البيضاء - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 090 203 3333  
CNSS-Place de DAKAR-Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone : 090 203 3333