

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-567073

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 34270497 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SMI Abdelmonaime

Date de naissance : 18-06-1960

Adresse : 72 rue des roses AP 22 Im 72

RS ALhonda Beausejour

Tél. : 06 61 16 06 40 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Oumait Catifa Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 

Dr. Loupna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
 ANASSER
 Tél: 05 22 95 12 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
 Date
 Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue
 Date
 Désignation des Coefficients
 Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien
 Date des Soins
 Nombre
 AM PC IM IV
 Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

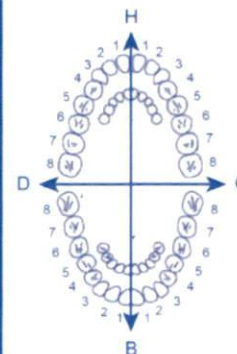
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées
 Nature des Soins
 Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D G
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

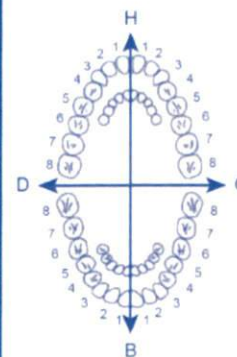
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

feuille de soins par personne et par

de soins doit être accompagnée de
pièces justificatives originales
(médicales, factures, ...).

et prénom de la personne soignée
portés par les praticiens eux mêmes
feuille de soins.

ances transmises doivent être
ées des codes à barres des
ts achetés.

de soins ainsi que les pièces
es doivent être présentées à la CNSS
eux mois qui suivent le premier acte
uf s'il y a traitement médical continu.
rnier cas, le dossier doit être présenté
ixante (60) jours qui suivent la fin du

ursement des frais engagés sera
la base de la tarification nationale de

restations ne peuvent donner lieu au
ment que suite à accord préalable.
ces dernières est disponible auprès de
au CNSS.

es liés aux accidents du travail et
rofessionnelles ne sont pas couverts.

onne coupable de fraude ou de fausse
pour obtenir des prestations qui ne
ues, est passible des sanctions légales
ntaires.

n de remboursement prise par la
ubordonnée au respect des conditions
ires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

on de l'agent :

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 يظل رهينا بطلب الموافقة
المسبقة.

لأنه 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.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

* موافقة مسبقة *

Entente préalable *

* تنفيذ *

Exécution *

دورية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02 Réf.

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : OUM LIL LATIFA

N° Immatriculation : 142104040

N° CIN : BK 15570

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : * Moine * (لها)

Conjoint ☐

زوج

Enfant ☐

ابن

Adresse : 72, Rés ALHOUDA, Apt 28 Hamelet, Rue des Roses

Montant des frais :

2038 درهم

Dhs

مصاريف : 2038

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ☐

ذكر

F ☐

أنثى

INPE et code à barres **

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation ☐

استشفاء

Maternité ☐

أمومة

Accident ☐

حادثة

Maladie ☐

مرض

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

Fait à :

Le :

18/03/2024

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

Fait à :

Le :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de

on des actes effectués					وصف العمليات المجرة	
رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP		المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin	
1 séance Las Vegas K 80				1500,-	<p>CAJALQUE DEL'ORIL CALIFORNIE</p> <p>Boulevard panoramique californie, Casablanca - Maroc</p> <p>Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15 FAX : 05 22 86 46 21</p>	
à Barres						
613454						
à Barres						
_ _ _ _ _ _ _						

M-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé الضمن المفوتر	Signature et Cachet du Pharmacien et/ Fournisseurs des dispositifs médicaux			
١8.03.2١	532 ⁹² ,00	PHARMACIE AL WOUROUD 67 Rue des Roses A Côté de Masjid Annour - Beausejour Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca Date : 2022-03-18			
INPE et code à Barres <u> INPE </u> : 092009513					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

7/7/2020

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste 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'Ophthalmologie

Permis de Conduire

رخصة السياقة

Casablanca, le : 12/03/2020 في: الدار البيضاء.

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN

1 YAG OD

Fouzi
7h.

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage 5 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc

Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60/00 - 05 22 50 15 15
FAX: 05 22 86 46 21

Date : lundi 29 mars 2021 التاريخ:
Heure : 09 h 05 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

OUMLIL LATIFA
72 RUE EL OUROUD APPT 28 HAY ERRAHA
20200
CASABLANCA



70752281

N° CNSS	142704040	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BK15570	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	2032 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	4 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	OUMLIL LATIFA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

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

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 ألو الضمان على الأرقام

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 18/03/2021

le Docteur Dr. Louana KIDYAR Bonjourn

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

M. OUMIL LATIFA

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

1 séance Laser yag 80
K80

Soit la somme de : # 1500,-

* Mille cinq cent Dhs'

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique, Californie, Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
FAX: 05 22 86 46 21

Dr. LOUANA KHAYAL
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Manssour, Ré: 2
Al Anfal, Etage No 2 Casablanca
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20

à noter et signature



ORDONNANCE

Casablanca le 18/03/2021

58.00 x 2 9 = Gouttes

1/ Doudouye Com (S.V)

2/ Suvel Duo gel x 2, 7, 1mg
3.17,00

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Rois 4 Côté de
Masjid Al-Bour - Beausejour
Tél: 522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

99,00
3/ Relaxa-

376-18
Agel, 1mg

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique californie
Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
FAX: 05 22 86 46 21

532,00

Marche de 1^{er} jour -

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

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml

LOT/حصان: H5811
FAB/تاريخ الإنتاج: 02-2020
EXP/تاريخ الانتهاء: 07-2021

ZENITH PHARMA
PPV: 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml

LOT/حصان: H6052
FAB/تاريخ الإنتاج: 05-2020
EXP/تاريخ الانتهاء: 10-2021

ZENITH PHARMA
PPV: 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT: 200401
DLUO: 11/2023
58.00DHS



3 401545 947527



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 18/03/2021

le Docteur... Dr. Louba KHAYAR Bonjourn

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

M. ou Mlle LATIFA

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

1 séance Laser yag 80
280

Soit la somme de : # 1500,-

* mille cinq cent DHS

_____ Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique, Californie,
Casablanca - Maroc
Tel: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
FAX: 05 22 86 46 21

Dr. LOUBA KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
35, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Anfal Etage N° 2 - Casablanca
Tel: 05 22 86 46 18 / 19 / 20

Cachet et signature