

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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° P19- 060667

108163

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2277 Société : AM Compl. Conjoint AMO

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ARDOUANE Khadija

Date de naissance : 17.07.54

Adresse : Lot Nargine, Rue 1 N° 3 3^e Abdelhadi

Bordj Bouja

Tél. : 06 62 39 39 30 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/02/2022

Nom et prénom du malade : JRAFF Notquinos Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ophtalmo

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 18.02/22 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

تعليمات يجب إتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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

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

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable.

La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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
المشترية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبائية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. معاداً في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة. يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

تشويش بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمسطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق
ذكره

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Agade	مرجع رقم 810-1-02 Réf. - 810-1-02
* موافقة مسبقة * Entente préalable *		* تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier : _____

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

Nom et prénom : TRAIF Mohamed الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 119121181426 رقم التسجيل :

N° CIN : 13-1161111111 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 : Lot Nargisse, Rue 1 N°3 Bd Abdelhadi Zintales عنوان :

Montant des frais : 909 درهم Dhs المصاريف :

Nombre de pièces jointes : _____ عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins مستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Dr. NAYME Karim الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 10/11/1950 تاريخ الأزيداد :

N° CIN : 131416111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ☒ أنثى F ☐ الجنس :

INPE et code à barres ** رقم الوطني الاستدلاكي و الرقم المشرقي **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Établissement de soins المؤسسة العلاجية
---	---

Type de soins* نوع العلاجات *

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☒ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : _____ **Le :** _____

توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : _____ **Le :** _____

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

- * Cocher la mention utile pour chaque case

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظرة - الهاتف: 080 203 3333
CNS5, Place de DAKAR, Casablanca BP-2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
18/02/22	9		200 97+		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات 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		
18-02-2022	708,90			
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

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

Docteur Karim NAYME

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux



الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض و جراحة العيون

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي و الشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca

18 février 2022

Le

Mr. JRAIF Mohammed

178,90 x 3
MONOPROST



1 goutte une fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois
NE PAS ARRETER

86,10 x 2
TIMABAK 0.5% : collyre CL

1 goutte à 8h et 20h, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois
NE PAS ARRETER

PHARMACIE SIDIE EL KHALIL
38 Rue Moulay
Boulevard Durb Jemila
Hay Hassan Casablanca
Dr. NAYME Karim
Ophtalmologie
5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour)
Casablanca
Tel: 0522 36 60 79 / 0522 05 22 95

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5. شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) جزيرة النسيم البيضاء

☎ + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

✉ karim.nayme@gmail.com 📍 Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAUDI

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAUDI

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 220313194867275		Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 192188426 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement		JRAIF MOHAMMED Lotissement Narjiss Rue 1 N 3.Bd Abdelhadi boutaleb Casa Anfa CASABLANCA 2000	
	Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
JRAIF MOHAMMED										
082045212	18/02/2022	PH	PHARMACIE	708,90	646,70	1,00	1,00	646,70	70	452,69
Total remboursé pour MOHAMMED										452,69
Total général remboursé										452,69

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان