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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Déclaration de Maladie

N° W21-688620

COMPLEMENT

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société : 1 13436

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAROURI Miloud

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51 Rue HASSANE Hay OTMANA - CASA

Tél. : 0662243603 Total des frais engagés : 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 pliconfidentiel 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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

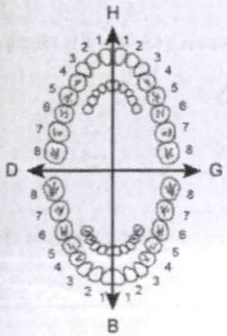
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient



INP :

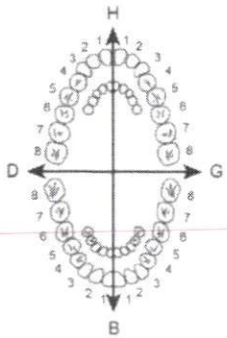
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
	H: 25533412 / 21433552; D: 00000000 / 00000000; G: 00000000 / 00000000; 35533411 / 11433553; B
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS AMO

الضمان الاجتماعي
CNSS

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 : مرجع رقم

Référence structurée : 220414552436469

Emis à Casablanca le : 05/04/2022

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 165014319
Règlement du mois : 04/2022
Mode de paiement : Virement

KOUIRI KHADIJA
51 RUE HASSAN HAY EL HANA
CASABLANCA 2021

Informations : معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KOUIRI KHADIJA										
086378972	01/03/2022	K	MR BOUCHTA ABDELHAK	300,00	247,50	1,00	1,00	247,50	77	190,58
086378972	01/03/2022	VER	OPTICIEN	2 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
086378972	01/03/2022	MON	OPTICIEN	1 700,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
Total remboursé pour KHADIJA										**505,58**
Total général remboursé										**505,58**

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Instructions à suivre

تعليمات يجب إتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير ،...).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.	يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.
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 un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.	يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprés de tout le réseau CNSS.	تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة **Cachet et signature de l'Agence**	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري **Réservé à la DAMO**
Identification de l'agent : .... **Date de dépôt du dossier :** |_|_| |_|_| |_|_|_|_| تاريخ الإيداع :	**Date d'arrivée :** |_|_| |_|_| |_|_|_|_| تاريخ الإستلام :

9

الضمان الإجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة * Entente préalable * ☐ تنفيذ * Exécution * ☐

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
Réf. : ANAM 1.2.02.01

N° Dossier :

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

Nom et prénom : KOUIRI Khadija الإسم العائلي و الشخصي :

N° Immatriculation : 1 6 5 0 1 4 3 1 9 رقم التسجيل :

N° CIN : B 3 4 8 1 7 5 |_|_|_|_|_|_|_|_|_| رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها)*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 51, Rue HASSANE Hay ElHANA - CASA العنوان :

Montant des frais : درهم 4004+0.4 Dhs. مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : ~~Deux~~ 02 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficaire de soins **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom : Mᵐᵉ KOUIRI - EP. EL MAMOUNI - KHADIJA الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 1 3 1 0 1 9 5 4 تاريخ الإزدياد :

N° CIN : B348175 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس: *

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

9 9 1 0 3 5 3 3 7 Médecin traitant الطبيب المعالج Dr. Abdelhak BOUCHTA OPHTALMOLOGISTE 70, Rue Allal Ben Abdellah Casablanca Tél. : 0522 47 33 45/0522 47 14 72	|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins **نوع العلاجات**

Admission ALD * : Oui ☐ Non ☐ قبول المرض المزمن *:

N° dossier ALD : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رمز المرض المزمن :

Maladie* ☐ **مرض*** **Hospitalisation*** ☐ **استشفاء***

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : ب Le : 2 7 / 0 2 / 2 0 2 2 **توقيع المؤمن له** **Signature de l'assuré (e)**	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : ب : Le : 9 11 03 / 22 في : **توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية** **Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins** Dr. Abdelhak BOUCHTA OPHTALMOLOGISTE 70, Rue Allal Ben Abdellah Casablanca Tél. : 0522 47 33 45/0522 47 14 72

* Cocher la mention utile pour chaque case. * أشطب الخانة الملائمة

** 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 دكار - الدار البيضاء ص . ب . 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 3333 203 080 / 7200 200 080

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 المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
01/03/22	C TFO		300DH	Dr. Abdelhak BOUCHRIT OPHTALMOLOGISTE 70, Rue Allal ben Abdellah Casablanca Tél. : 0522 47 23 45/0522 47 14 72
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE: 095029609	3700	I.Z OPTICAL OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rond Point Farah Sal... Bd Al Azhar, S1 FB 5, Bat 1 - Mag 4 - Casablanca Fix : 05.22.69.. 1.79
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

(3)

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAIS D'OPHTALMOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشتة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول – عدسة الإتصال – الليزر – أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70، زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 47 14 72 / 05 22 74 33 45

Casablanca, le 01/03/2022 الدار البيضاء، في

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allah Ben Abdellah
Casablanca
Tél.: 0522 47 33 45/0522 47

Kouiki Khadija

Monture + un signe

VL

OD : +1,75 (-0,75 à 180)

OG : +1,75 (-0,50 à 180)

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca
Fix : 05.22.69.11.79

VP

OD : +3,00

OG : +3,00

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allah Ben Abdellah
Casablanca
Tél.: 0522 47 33 45/0522 47

(4)

LZ OPTICAL **OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE**

Facture N° : 0000789

Casablanca le: .....

Mme/Mr : Kouiri Khadija

Dr : .....

VL	VP -Add
OD : (1,80-0,75) +1,75	OD : Add/3
OG : (1,80-0,50) +1,75	OG : Add/3
Monture	Verres
plasti	progressif AR
600,00 DH	3100,00 DH

Total à payer: 3700,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois mille sept cent MAD

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,
S1 FB 5, Bat 1 - Mag 4 - Casablanca
Fix : 05.22.69.11.79

Cachet et signature

Complément

W21-688620

Pièces fournies :

1) Relevé des prestations du 5/4/22

DH 505,58

2) Feuille de soins CNSS

3) ordonnance Dr A. Boukhta

4) Facture OPTICIEN n° 789

PAYMENT DETAILS

FARE