

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059857

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 118525  
Nom & Prénom : SHAM, Fatima  
Date de naissance : 01.01.58  
Adresse : R. Sanaa, angle Rue Ibnou KALAKIS, Bd Benggoune  
N° 130. Casablanca  
Tél : 0605904320 Total des frais engagés : 719,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :  
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 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 Le : 08/06/22  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



## Instructions à suivre

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 un 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 un 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.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشترقة.

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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p><b>Cachet et signature de l'Agence</b></p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p><b>Réserve à la DAMO</b></p>
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>تاريخ الإيداع :   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p>	<p>تاريخ الإستلام :   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p> <p><b>Date d'arrivée :</b></p>

 <p>الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p><b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b></p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>	<p>REF: ANAM 12.02.01</p>
<p>N° Dossier : 0605904320</p>		<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>	
<p><b>Partie réservée à l'assuré(e)</b></p>			
<p>Nom et prénom : K. S. A. R. Mohamed</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>N° Immatriculation : 11512161812112181</p>		<p>رقم التسجيل :</p>	
<p>N° CIN : 13-199-405-1-1</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *</p>	
<p>Adresse : R. S. M. A. R. A. R. KALAKIS, N° 13 B. B. Boulogne CNSS</p>		<p>العنوان :</p>	
<p>Montant des frais : 7-19-20 Dhs.</p>		<p>مبلغ المصاريف :</p>	
<p>Nombre de pièces jointes : A</p>		<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>	
<p><b>Déclaration du Médecin traitant</b></p>			
<p><b>Bénéficiaire de soins</b></p>			
<p>Nom et prénom : .....</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>Date de naissance :   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p>		<p>تاريخ الإزدياد :</p>	
<p>N° CIN :   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>الجنس :</p>	
<p>INPE et code à barres *</p>		<p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر *</p>	
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>		
<p><b>Type de soins</b></p>			
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>		<p>قبول المرض المزمن * :</p>	
<p>N° dossier ALD :   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p>		<p>رقم ملف المرض المزمن :</p>	
<p>Code ALD :   _   _   _   _   _   _   _   _   _  </p>		<p>رمز المرض المزمن :</p>	
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض</p>		<p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : CNSS</p> <p>Le : 15/11/2012</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : .....</p> <p>Le : 15/11/2012</p> <p>توقيع الطبيب المعالج</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) sur le code à barres.  
080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء ص. ب.  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333





## Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétiniennes  
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



## الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون  
للکبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا  
خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بورديو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : .....: الدار البيضاء, في

04 avril 2022

Mr. KSAR MOHAMED

135,00

1/ EOLE DUAL



3 fois par jour, 6 Mois

192,10x2

2/ DUOTRAV COLLYRE



1 goutte 1 fois par jour, le soir, 6 Mois

519,20

PHARMACIE DE L'AVENIR  
MINEUR  
100 bd Mohammed VI  
Casablanca - 2020

Dr. ZAKI Mon.  
Spécialiste Ophtalmologie  
Adultes et Enfants  
18, Route Saâd El Khair Lot. Saâd  
El Khair 1er Etage Hay Hassani  
Casablanca - Tel : 05 22 90 15 24

☎ 05 22 90 15 24

✉ zaki.mona.ak@gmail.com

☎ 06 65 99 25 98 (WhatsApp)

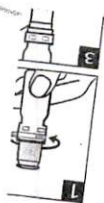
18, تجزئة سعد الخير شارع H.H 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay

Hassani - Casablanca

PPC: 135,00

ECG 37  
30/2024



- 1- Détachez le sceau d'imviolabilité.
- 2- Retirez le capuchon de protection.
- 3- Instillez 1 à 2 gouttes dans chaque œil en appuyant légèrement sur le flacon (parfois il est nécessaire d'exercer une pression plus élevée sur le flacon en raison du mécanisme spécial de fermeture).

**MODE D'UTILISATION:**

Notez la date d'ouverture sur la boîte.  
 de contact - Altération des structures du film lacrymal suite à la chirurgie de la surface oculaire.  
 irritation des yeux et des muqueuses oculaires par des facteurs environnementaux (pollution, vent, fumée, soleil, sel de mer) - Utilisation prolongée de l'ordinateur - Stress oculaire lié au port des lentilles.  
**INDICATIONS:** Sècheresse oculaire modérée à sévère - Syndrome de l'œil sec - Rougeur, fatigue et larm lacrymal et les phénomènes de rougeur oculaire.

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
 Collyre en solution, 2,5 ml  
 Boîte de 1 flacon  
 Sothema Soudkoura  
 PPV : 192,10 DH  
 AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
 407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
 Collyre en solution, 2,5 ml  
 Boîte de 1 flacon  
 Sothema Soudkoura  
 PPV : 192,10 DH  
 AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
 407393 MA

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220415461827839	Emis à Casablanca le : <input type="text"/>	Page : 1
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement	KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
	<b>Informations :</b>		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنير الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
089026885	04/04/2022	C	MME ZAKI MONA	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
089026885	04/04/2022	PH	PHARMACIE AVENTIR	519,20	384,20	1,00	1,00	384,20	70	268,94
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>324,94</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>324,94</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان