

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

M22- 0020056

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société : MUPRAS
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KANA Neneu veuve ESSBA Nohamu
Date de naissance : 13/05/1970
Adresse : H. HASSANI Derb Nejma Bte 457 N° m8
Tél. : 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 :

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



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 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.

تعليمات يجب إتباعها

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 المرسله 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة 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

توقيع وطابع 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: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الإيداع:	Date d'arrivée: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الاستلام:

 الضمان الاجتماعي +الXOS+ +الCCH+ CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. : 610-1-02 مربع رقم	Réf. ANAM : 1.2.01.01
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *	ثمن البيع للعموم بالدرهم DH 0,50		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :

رقم التسجيل : N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : Adresse :

مبلغ المصاريف : Montant des frais : Dhs

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج المستفيد من العلاجات Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي : Bénéficiaire de soins

تاريخ الميلاد : Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :

الجنس : * Sexe : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى ☐

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى ** INPE et code à barres **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Espace Bureau Lina 1er étage Dakour (Haj Fatch) Galla Tel : 08 22 10 12 57 / 06 63 65 68 04	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	---	--

نوع العلاجات * Type de soins *

Hospitalisation ☐ مستشفى ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض

أشهر بمصادقية وصحة Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

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

فعل : Fait à : Espace Bureau Lina 1er étage

في : Le : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

توقيع المؤمن له : Signature de l'assuré(e)

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

- * Cocher la mention utile pour chaque case
- ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاور - الدار البيضاء من 2186 - الهاتف: 090 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Case Gare Téléphone : 090 203 3333

Dr RAFIK ILYASS

OPHTALMOLOGISTE

ADULTES ET ENFANTS



د. إلياس الرفيق
طب و جراحة العيون
للکبار و الصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne du CHU Ibn Rochd
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ أغسطس

Casablanca le

03 octobre 2022

Mme KANA Meriem

26/10

STERDEX PD

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

CELLUVISC: COLLYRE

1 goutte 3 à 4 fois/ jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Dr. Rafik Ilyass

Ophthalmologiste

Espace Bureau Lina 1er étage Bd Oued

Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca

tel : 05 22 10 12 57 / 06 63 65 68 04

☎ 05.22.10.12.57

☎ 06.63.65.68.04

✉ dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)

عمارة لبننة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)

ADULTES ET ENFANTS

Ancien médecin à l'hôpital 20 Août



للکبار و الصغار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

03 octobre 2022

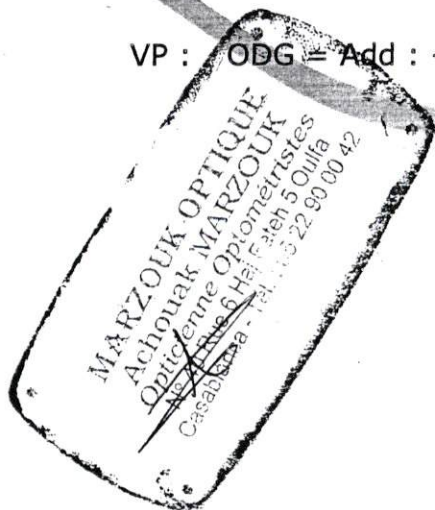
Mme KANA Meriem

Monture + verres correcteurs progressifs champ large
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 4.25 (- 0.50 à 80°)

$$OG = + 6.50 \text{ } (- 2.75 \text{ à } 120^\circ)$$

VP : ODG = Add : + 2.25



2.25



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNS

Le devoir de vous protéger

رقم الملف	مبلغ التعويض بالدرهم	الوضعية	تاريخ الوضعية	السبب	طريقة الأداء
76901452	315	Dossier archivé	21/11/2022		تحويل بنكي لفائدة المؤمن له

MARZOUK OPTIQUE

N40 Rue 6, Haj Fatah – Casablanca
Tel : 05 22 90 00 42



DATE : 08/11/2022

FACTURE 263

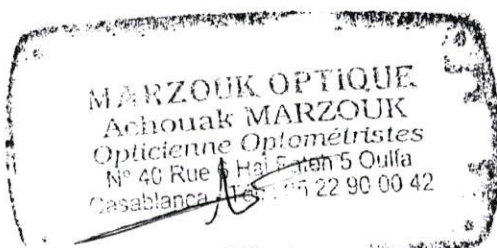
CLIENT : KANA MERIEM

N de nomenclature correspondante a la prescription

OD : 431

OG : 431

DESIGNATION		PRIX TTC
Verre 1D	progressif organique 1.67 antireflet japon lens	1800,00
Verre 1G	progressif organique 1.67 antireflet japon lens	1800,00
Monture 1	optique	800,00
Verre 2D		
Verre 2G		
Monture 2		



TOTAL TTC 4400,00
TOTAL HT 3666,67
TVA 733,33

Arrêtée la présente facture a la somme de quatre mille quatre cents dirhams