

# 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



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

Complément  
Déclaration de Maladie

M23-001840

155791

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6328 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAHTA Mohammed  
Date de naissance : 27/12/1955  
Adresse :  
Tél. : 0660324282 Total des frais engagés : # 3495# 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 : 03 AVR 2023

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : M. Signature



# 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 codés 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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : .....
Date de dépôt du dossier : .....	Date d'arrivée : .....

## 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل 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.

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 - Réf.</p>	<p>الرج.ام.م : 120/01</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>			
<p>الاسم العائلي والشخصي : <b>GHALI SAIDA</b></p>			
<p>رقم التسجيل : <b>137770551</b></p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>BH-18111241</b></p>			
<p>N° CIN :</p>			
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *          Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>			
<p>العنوان : <b>Rue Palmiers Imm DN°6 Sidi Maaroof CASABLANCA</b></p>			
<p>Montant des frais : <b>3495# Dhs</b></p>			
<p>عدد الوثائق المرفقة : <b>4</b></p>			
<p>Declaracion du médecin traitant</p>			
<p>Bénéficiaire de soins</p>			
<p>Nom et prénom : .....</p>			
<p>Date de naissance : .....</p>			
<p>N° CIN : .....</p>			
<p>Sexe : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>			
<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى :</p>			
<p>INPE et code à barres</p>		<p>مستفيد من العلاجات</p>	
<p>الاسم العائلي والشخصي : .....</p>		<p>تاريخ الأزيداد : .....</p>	
<p>الاسم العائلي والشخصي : .....</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....</p>	
<p>الجنس : * <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى :</p>	
<p>Medecin traitant</p>		<p>Etablissement de soins</p>	
<p>الطبيب المعالج</p>		<p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>			
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : .....</p>		<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>	
<p>Le : .....</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : .....</p>	
<p>Le : .....</p>		<p>Le : .....</p>	
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		<p>توقيع وطابع المؤسسة العلاجية Cachet et signature du Médecin traitant de l'Etablissement de soins</p>	
<p>Identification de l'agent : .....</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي : .....</p>	
<p>Date de dépôt du dossier : .....</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي : .....</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) ainsi que le code à barres





# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazar

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتورة برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافي

لزيك - إزالة الجلطة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

Dr. BERRADA SOUNI Chakib  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème étage Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

26.12.2022 : في : الدار البيضاء

Dr. BERRADA SOUNI Chakib

Lentilles de Contact (une + l'autre)  
- progressif Anti-reflex

HYALURONIC ACID  
(as sodium hyaluronate)

ZENITH Pharma  
PPC : 145,00 DH

$$ODU = (90 - 250) - 325$$

$$OSD = AB + 325$$

145.00

Aquarium (Acid) Agnès K 1 min

M.A.D Optic  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibate Casa

Dr. BERRADA SOUNI Chakib  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème étage Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69





*un autre regard sur vos yeux*

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

**Akram DAALI**

INPE: 065032633

FACTURE N°: N° 000885

Casablanca, le

07/02/2023

Mme / Mr:

GHALI saïda

Dr:

VL

VP - Add

OD: (90 - 0.12) - 3.10 OD: +2.21

OG: (90 - 0.10) - 3.10 OG: +2.21

Monture

Verres

Optic

Progressif unobliken

600.00 DH

2500.00 DH

Total à payer: 3100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Trois mille cent

Cachet et signature

**M-A-D Optic**  
Opticien Optométriste  
63, Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE : 002642590000069



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 20/02/2023 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 137770551 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 17/02/2023 : إلى  
au : 17/02/2023 : إلى

المرسل إليه Destinataire

GHALI SAIDA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHALI SAIDA											
102760095	26/12/2022	MON	OPTICIEN	600,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	17/02/2023	157,50
102760095	26/12/2022	VER	OPTICIEN	2500,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	17/02/2023	157,50
102760095	26/12/2022	CS	OPHTAL MOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	17/02/2023	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											420,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											420,00

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 أو الضمان على الأرقام