

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.

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

Coplénet
Déclaration de Maladie

M22- 0050772

156353

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12161* Société : *RAM*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *Karim El Alaoui Asmaa*
Date de naissance : *12/10/1982*
Adresse :
Tél. : *0662465972* 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 : *Casablanca*

Le : *06/04/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 : 02/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 133927362 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 20/01/2023 : إلى
au : 20/01/2023 : أداءات الفترة

المرسل إليه Destinataire

EL YOUSFI TAHA

Veillez 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
EL YOUSFI TAHA											
80459297	19/11/2022	VER	OPTICIEN	1200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70,00	20/01/2023	157,50
80459297	19/11/2022	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	20/01/2023	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											262,50
EL YOUSFI SAMY											
80459298	19/11/2022	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	20/01/2023	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											105,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											367,50

- 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
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 الوضمان على الأرقام

تعلیمات یجب اتباعها

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
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الائتمانية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل رهينا بطلب الموافقة
المسجلة.


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

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

كَيْلَ مَنْ ثَبِتَ عَلَيْهِ غُشٌّ أَوْ تَصْرِيحٌ كَاذِبٌ لِلِاسْتِفَادَةِ مِنْ خِدْمَتِ غَيْرِ مُسْتَحَقَّةٍ، سَيُعَاقَبُ طَبَقًا لِلْمَسَاطِرِ الْقَانُونِيَّةِ.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
لأجرة ماعى 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 d'arrivée: _/_/_/_/_/_/ التاريخ الاستلام:
Date de dépôt du dossier: _/_/_/_/_/_/ تاريخ الإيداع:	

 <p>الوزارة MINISTRE C.N.S.S. Le droit de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">* موافقة مسبقة *</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">* تنفيذ *</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Entente préalable *</td> <td style="text-align: center;">Exécution *</td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *	Entente préalable *	Exécution *	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رجع رقم 010-1-02 Réf.</p>
* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *					
Entente préalable *	Exécution *					
<p>N° Dossier :</p>						
<p>خاص بالمؤمن له (الها)</p>						
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>						
<p>الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :</p>						
<p>رقم التسجيل : N° Immatriculation :</p>						
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :</p>						
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>						
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>						
<p>العنوان : Adresse :</p>						
<p>مبلغ المصاريف : Dhs</p>						
<p>عدد الوثائق المرفقة : Montant des frais :</p>						
<p>تصريح الطبيب المعالج Nombre de pièces jointes :</p>						
<p>المستفيد من العلاجات Déclaration du médecin traitant</p>						
<p>الاسم العائلي والشخصي : Bénéficiaire de soins</p>						
<p>تاريخ الازدياد : Nom et prénom :</p>						
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : Date de naissance :</p>						
<p>الجنس : * N° CIN :</p>						
<p>ذكر <input type="checkbox"/> M أنثى <input type="checkbox"/> F</p>						
<p>الرقم الوطني الاستدالي والرقم المستفيد INPE et code à barres :</p>						
<p>المؤسسة العلاجية Etablissement de soins</p>						
<p>نوع العلاجات Type de soins :</p>						
<p>مرض <input type="checkbox"/> Maladie Accident <input type="checkbox"/> حادثة</p>						
<p>أمومة <input type="checkbox"/> Maternité استشفاء <input type="checkbox"/> Hospitalisation</p>						
<p>أصحب بمصدقاة وصحة Je déclare les informations ci-dessus</p>						
<p>المعلومات المذكورة أعلاه sincères et véritables.</p>						
<p>ب : Fait à :</p>						
<p>في : Le :</p>						
<p>توقيع المؤمن له Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>						
<p>Signature de l'assuré(e)</p>						

- • Cocher la mention utile pour chaque cas

- ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de Santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

المندوب العام: محمد بن عبد الله - الهاتف: 080 693 3333

CNRS, Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casablanca Phone: 0539 333333

تلفون: ۳۳۳۳۳۳۳۳

101-15-2250

05

100

19

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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

OPTIQUE HDIDOU

Opticienne - Optométriste
Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie
et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)

DATE: 14/01/2023

FACTURE N° 230 022

NOM: EL YOUSFI TAHA

MEDECIN: N.LAOUISSI

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	-0.75	-2.00	170	
V.L.G	-0.75	-2.50	170	
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
VERRES	
ORGANIQUE 1.6 BLANC ANTIREFLET BLEU	600.00
ORGANIQUE 1.6 BLANC ANTIREFLET BLEU	600.00
Total T.T.C:	1 200.00
T.V.A	200.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Mode de règlement

OPTIQUE HDIDOU
Hadidou Jamila
44, Rue Tarablous Mers Sultan
Casablanca - Tél: 0522 20 29 30

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aéropatiale

الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca le : 19-11-2022

EL YOUSFI Talha

la suite VL preveus

OG, (170° - 2) - 0,75

OG, (170° - 2,50) - 0,75

OPTIQUE HINDOU
Hindoumilia
44, RUE TARBODUS Mers Sultan
Casablanca - Tél: 0522 20 28 30

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
76, Boulevard Abdelmoumen
Res Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15