

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-006221

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société : AG 392

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISS KAÏTUNI / JENAHRI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 00 30 12 Total des frais engagés : 2893,75 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / / M R

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 : Dr. 9 Le : 06 / 07 / 23

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 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 مريض 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 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 رهنا 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 للمسطور القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري	Réf. ANAM : 1.2.01.01 مرجع رقم 610-1-02
	Feuille de Soins Maladie		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution			

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :	JOUAHRI AFIFA
رقم التسجيل :	1114688233
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	B1417638
N° CIN :	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :	
لین de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :	
العنوان :	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>
العنوان :	Adresse :
مبلغ المصاريف :	2893,75 Dhs.
عدد الوثائق المرفقة :	
تصريح الطبيب المعالج :	

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات	
الاسم العائلي والشخصي :	JOUAHRI AFIFA
تاريخ الازدياد :	02/11/1960
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	B1417638
الجنس :	انثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشرق :	
INPE et code à Barres :	0151186268

Medecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	المؤسسة العلاجية
نوع العلاجات :	

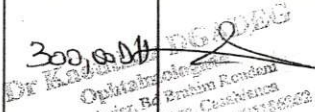
مرض <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	إستشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	Hospitalisation <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---

* أنشط الخانة المناسبة
- 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 دكار - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

20230400139397


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 : 11/11/2023	تاريخ الإيداع : 11/11/2023 Date d'arrivée : 11/11/2023



Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
12/05/2023	5		300,000	 Dr. Kaddour 400, Bd. Brahim Roudani - CASA Tél: 0522 88 35 61	
INPE et code à Barres 01511816262					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء. الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
16/05/2023		BSO	66,75	 Dr. ZIZI A. 400, Bd. Brahim Roudani - CASA Tél: 0522 88 35 61	
INPE et code à Barres 015120101131181					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات 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 Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
12/05/2023	127,40	 PHARMACIE Dr. Ibrahimi 635 0000 Tél: 0920 23 99 1 INPE : 0920 23 99 1
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		
18/05/2023	2400,00	 DOUSKATI ABDELLATIF OPTICIEN OPTOMETRISTE 12, Av Nil Mabrouka Sidi Othmane Casa - Tél: 07 62 43 08 05
INPE et code à Barres 0161510151121451		

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



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 : 06/06/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 111688233 رقم التسجيل
Règlements de la période : من :
du : 05/06/2023 : إلى :
au : 05/06/2023 : إلى :

المرسى إليه
Destinataire
JOUAHRI AFIFA

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	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	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
JOUAHRI AFIFA											
73709510	12/05/2023	B	LABORATOIRES D	66,75	55,00	50.00	1,00	55,00	70,00	05/06/2023	38,50
73709510	12/05/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D	127,00	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	05/06/2023	88,90
73709510	12/05/2023	CS	OFFICINES OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	05/06/2023	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											232,40
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											232,40

- 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 أو الضمان على الأرقام

Date : lundi 22 mai 2023 التاريخ:
Heure : 07 h 49 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

JOUAHRI AFIFA
52 RUE TERMIDI RES RIAD APPT B 21 MAARIF EXTENTION
20370
CASABLANCA



73709510

N° CNSS	111688233	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B417638	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	2893.75 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	6 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	JOUAHRI AFIFA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel. تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

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 أو الضمان على الأرقام

05 22 41 80 55

الفاكس

06 08 89 06 19

الهاتف

CASABLANCA

المدينة

37, rue Socrate - Maarif

Extention-

العنوان

Adresse

SOCRATE

وكالة

Agence

مختبر التحليلات الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 16-05-2023

Mme JOUAHRI Afifa

Code : 16100797

Référence : A230500350

Du : 16-05-2023

Prescripteur : Dr DGADEG Kaouthar

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

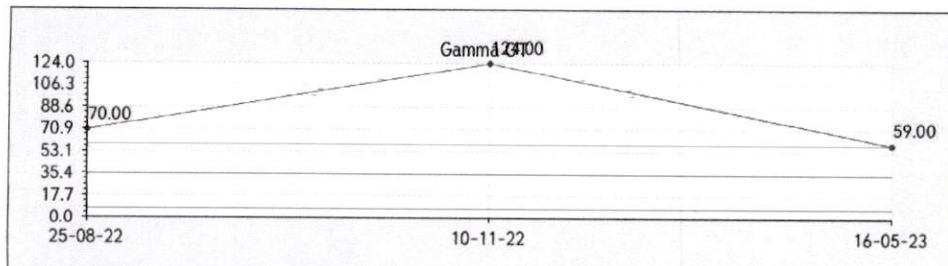
Gamma GT

59 UI/L

(7-35)

10-11-2022

124



Dr. Kaouthar DGADEG

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des yeux Adultes et Enfants**

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



الدكتورة كوثر الدكادغ

**إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار و الأطفال**

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le vendredi 12 mai 2023

Madame JOUAHRI Afifa

Monture + Verres correcteurs:

DOUSKATI ABDELLATIF

OPTICIEN OPTOMETRISTE

12, Av Nil Mabrouka Sidi Othmane

Casa - Tél.: 07 62 43 08 05

PROGRESSIFS ANTIREFLETS

Oeil Droit : (90° -0,75) + 2,25 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (90° -0,50) + 2,00 , Addition + 2,50

Dr Kaouthar DGADEG
Ophtalmologue
Rés. Palmier, Bd. Brahim Roudani
Entrée B9, 1^{er} étage - Casablanca
Tél: 0522 98 88 66

إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء

Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca

E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866



DOUSKATI ABDELLATIF

Opticien - Optometriste

Facture: 0001372 Date: 18/05/2023

Mr: JOUAHRI AFIFA

Docteur: Kaouthar DGADELT

Types des Verres : Progressif		
Haut - AR		
Monture (s) :	Optique	1000,00
* Vision de Loin :		
OD Axe 90	Cyl - 0,75	Sph + 2,25 700,00
OD Axe 90	Cyl - 0,50	Sph + 2,00 700,00
* Vision de Prés :		
OD Axe	Cyl	Sph
OD Axe	Cyl	Sph
Add:	+ 2,50	
DOUSKATI ABDELLATIF OPTICIEN OPTOMETRISTE 12, Av Nil Mabrouka Sidi Othmane Casa - Tél.: 07 62 43 08 05		Montant: Douze 2 400,00
Lille Equateur Opticiens		

12 Av Nil Mabrouka Sidi Othmane Casa- Tél: 07 62 43 08 05

ICE: 002067947000086 - IF: 25210599 - RC: 454054

TP: 32700116 - PATENTE: 25210599 - INPE: 065051245

Dr. Kaouthar DGADEG

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des yeux Adultes et Enfants**

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



الدكتورة كوثر الدكادث

**إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار و الأطفال**

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le 12/05/2023

N° JOUAREZ AFIFA

- Gamme GT



Dr Kaouthar DGADEG
Ophtalmologiste
Rég. Méd. Bd. Brahim Roudani
Bordj B.P. 114 Casablanca
Tél: 0522 23 35 61

500350

إقامة النخيل، 285، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca
E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866

Dr. Kaouthar DGADEG

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des yeux Adultes et Enfants**

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



BLANKA VISION
CABINET D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة كوثر الدغادي

**إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار و الأطفال**

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le 12/05/2023

N° JOUAHRS AFIFA

110140

1) - Netesspermyl caps

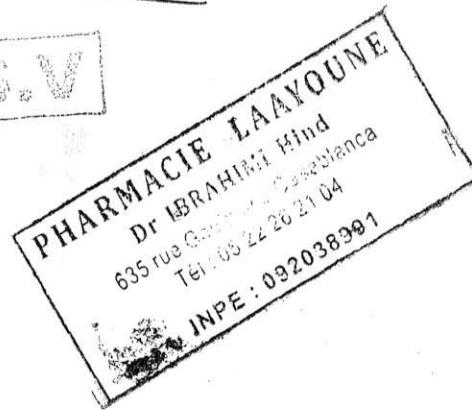
1 cp x 2 f.

87100

2) - Maxiclov pcht 1g

1 pcht x 3 f pendant 06j.

T 127140



إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca
E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866