

## 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

- Reclamation : 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 Fakhir 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

N° W19-507461

*complément*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9102 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NOSSAIR Mohamed

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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 : .....

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-507461

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



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 : 20/04/2023 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 135393149 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 19/04/2023 : إلى  
au : 19/04/2023 : إلى

المرسل إليه Destinataire  
BENNANI SANAA

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	العنيتات	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
BENNANI SANAA											
89344242	03/03/2023	MON	OPTICIEN	1500,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	19/04/2023	157,50
89344242	03/03/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	19/04/2023	105,00
89344242	03/03/2023	VER	OPTICIEN	6000,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	19/04/2023	157,50
Total remboursé											420,00
Total général remboursé											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





إفادة بالاستلام  
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : lundi 17 avril 2023 التاريخ:  
Heure : 09 h 47 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

BENNANI SANAA  
6 RUE IBN CHEK EL KIRAOUANI AP T10 M/SULTAN  
20120  
CASABLANCA



89344242

N° CNSS	135393149	رقم ص.وض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	J278102	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	7935 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	BENNANI SANAA	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 08-09 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

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 63

الفاكس

05 22 38 01 93

الهاتف

CASABLANCA

المدينة

Ville 139, Angle Avenue Mers Sultan

et rue Zerhoun

العنوان

Adresse

MERS SULTAN

وكالة

Agence



## تعليمات يجب إتباعها

oins par personne et par  
it être accompagnée de  
justificatives originales  
, factures, ...).

de la personne soignée  
les praticiens eux mêmes  
ns.

ansmises doivent être  
codes à barres des

ainsi que les pièces  
re présentées à la CNSS  
il suivent le premier acte  
aitement médical continu.  
dossier doit être présenté  
ours qui suivent la fin du

des frais engagés sera  
la tarification nationale de

e peuvent donner lieu au  
ite à accord préalable.  
s est disponible auprès de

accidents du travail et  
les ne sont pas couverts.

de fraude ou de fausse  
air des prestations qui ne  
sible des sanctions légales

oursement prise par la  
au respect des conditions  
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 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 التعريف 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

توقيع وطابع ال  
gnature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réserve à la DAMO

<p>الضمان الاجتماعي +0800 +0800 CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie</p> <p>Obligatoire</p>	<p>Reg. ANAM: 1280/01</p>
	<p>* موافقة مسبقة</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ</p> <p>Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

<p>الاسم العائلي والشخصي : BENNANT Sana</p>	
<p>Nom et prénom :</p>	
<p>N° Immatriculation : 135393449</p>	<p>رقم التسجيل :</p>
<p>N° CIN : 1278102</p>	<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1</p>
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>	
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج</p>	<p>Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>
<p>العنوان : 6, Rue Ibn Cheikh Elkharoui, 4ème étage app 10 Ners Sultan Casablanca</p>	
<p>Montant des frais : #7935# Dhs</p>	<p>مبلغ المصاريف :</p>
<p>Nombre de pièces jointes : 3</p>	<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>

<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p>	
<p>الاسم العائلي والشخصي : Bennani Sana</p>	
<p>Nom et prénom :</p>	
<p>Date de naissance : 11/11/11</p>	<p>تاريخ الميلاد :</p>
<p>N° CIN : 111111111</p>	<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>
<p>Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>	<p>الجنس :</p>
<p>INPE et code à barres **</p>	

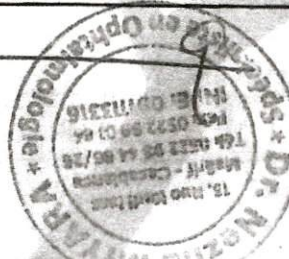
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
---	---

<p>Type de soins *</p>	
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء</p>	<p>Accident <input type="checkbox"/> حادث</p>
<p>Maternité <input type="checkbox"/> أمومة</p>	<p>Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p>

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : الدار البيضاء</p> <p>Le : 11/11/11</p> <p>شهادة بصدق كل ما ذكر أعلاه</p> <p>ب: في: 11/11/11</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 : الدار البيضاء</p> <p>Le : 11/11/11</p> <p>أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>ب: في: 11/11/11</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	---



### وصف العمليات المجرة

تاريخ Date	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
31/05/23		51	300 dh	
e à Barres  _ _ _ _ _ _ _				
e à Barres  _ _ _ _ _ _ _				

**CIM-10**

## ramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ Date	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
إلى à Barres					
إلى à Barres					

ات الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

صفات التي تم تنفيذها و التجهيزات 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 الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux
03.03.23	135,00	
INPE et code à Barres 0020163034		
1/04/2023	7500 DH	
INPE et code à Barres 10191012101121310		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Docteur Nezha MIYARA**  
Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

**الدكتورة ميارة نزهة**  
اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة الحول - العدسات اللاصقة

03 mars 2023

**Mme BENNANI Sanaa**

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets  
progressifs

Vision de loin :

OD = - 0.25 (- 0.25 à 90°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 90°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

**MUST OPTIC**  
BOUZOUBA AMINA  
66 Rue Moussat Broch Moussat  
Tél.: 99.91.32 - CASABLANCA



Must Optic  
BOUZOUBAA Amina

66, Rue Moussa Bnou Noussair  
(Résidence Galilée)  
Tél.: 05 22 29 91 32 - Casablanca

Reg. de Commerce Casa 240 734  
C.N.S.S. : 2584432  
N° Ident. Fiscal : 4040 7225  
N° Patente : 35507820



N° 002748

مست أوبتيك  
آمنة بوزويح  
66, زقة موسى بن نصير  
الهاتف : 05 22 29 91 32  
لدار البيضاء

Casablanca, le 1/04/2023

M<sup>m</sup> BENNANI Sanaa Doit

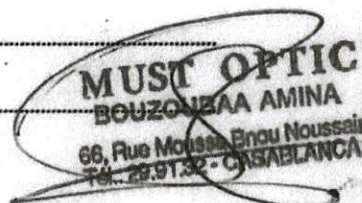
N° de nomenclature correspondante à la prescription du Docteur	Vision de Loin	Vision de Près	Progressifs	Supplement
Miyana	O. D. _____ O. G. _____	O. D. _____ O. G. _____	O. D. 431 O. G. 131	_____

FOURNITURES :

Montures : 1 Monture optique	1500
Verres : 2 verres progressifs organiques asphériques	6000
TOTAL ...	7500 D.M.

La présente facture est arrêtée à la somme de :

sept mille cinq cent  
deux cents





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Dr. Nezha MIYARA**

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

**الدكتورة ميارة نزهة**

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة الحول  
العدسات اللاصقة

Casablanca, le ..... 03 mars 2023 .....

..... **Mme BENNANI Sanaa** .....

**EOLE DUAL COLLYRE**

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1  
Mois

135,00

135,00

PHARMACIE LE GALIEN  
77 RUE DE ROUEN  
Tél: 05 22 80 07 07

