

## 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

## Declaration de Maladie

N° W21-764751

168877

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4430

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Décédé

Nom & Prénom : Feu EL Wane Labbassine

Date de naissance :

Adresse : 100, Angle rue Mohamed EL Hadjoui

Rés. La péle App 38 Boumpagne

Tél. : 0667 77 2339

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





le soins par personne et par

it être accompagnée de toutes  
ves originales (ordonnances  
..).

de la personne soignée  
ar les praticiens eux mêmes  
e soins.

transmises doivent être  
codes à barres des  
s.

ainsi que les pièces  
t être présentées à la CNSS  
qui suivent le premier acte  
y a un traitement médical  
nier cas, le dossier doit être  
xante (60) jours qui suivent

des frais engagés sera  
le la tarification nationale de

s ne peuvent donner lieu au  
suite à un accord préalable.  
res est disponible auprès de

ix accidents du travail et  
nèles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse  
enir des prestations qui ne  
ssible des sanctions légales

mboursement prise par la  
ée au respect des conditions  
ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة

signature de l'Agence

nt : .....

تاريخ الإيداع : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réservé à la DAMO

Date d'arrivée : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق  
الوطني للضمان الإجتماعي 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 يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.  
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق  
الوطني للضمان الإجتماعي.

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

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات  
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-03

Ref : ANAM 1.202.01

N° Dossier :

0667772339

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Saneou Ghamaoui

N° Immatriculation : 1111 299 1519

N° CIN : 6276269

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 100, Ang. rue Mohamed EL Hadjoudi Des  
la pelle App 38 Bourgogne CASA

Montant des frais : درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes : 02

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Ghamaoui Saneou

Date de naissance : 1111 1972

N° CIN : 6276269

Sexe \* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant : 1111 1972 6276269  
Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD \* : Oui Non

N° dossier ALD : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Code ALD : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Maladie \* ☒ مرض Hospitalisation \* ☐ استشفاء

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

Fait à : CAS A : ب :  
Le : 12/11/2023 : في :  
توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

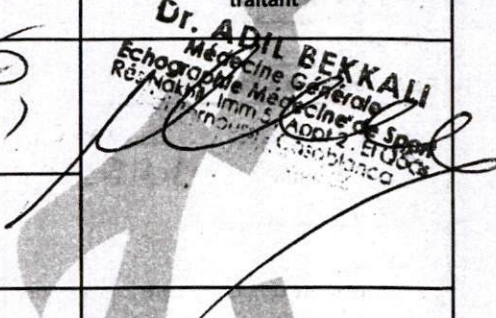
Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه  
Fait à : : ب :  
Le : : في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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.  
080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء من ب .  
080 200 7200 / 080 203 3333  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cass Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333



Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	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	
8/05/2019	9		150,	 <b>DR. ADIL BEKKALI</b> Médecine Générale Echographie Médecine de Spécialité Résidence Médicale de Spécialité Imm. S. ADOLZ, ETUDES Casablanca	
INPE et code à Barres 0110180144					
INPE et code à Barres 1111111111					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	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	
INPE et code à Barres 1111111111						
INPE et code à Barres 1111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				شعبة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	شعبة أو الإحيائي Signature et Cachet ou Bi	
INPE et code à Barres 1111111111					
INPE et code à Barres 1111111111					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			نفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	ممن التجهيزات Signature et Cachet Fournisseurs de		
30/07/23	441,00			
INPE et code à Barres 102005180				
INPE et code à Barres 1111111111				

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



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 : 12/06/2023 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 115209150 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 12/06/2023 : إلى  
au : 12/06/2023 : إلى

Destinataire  
GHAMRAOUI SANAA

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 rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHAMRAOUI SANAA											
114715745	30/05/2023	PH	PHARMACIES D	445,00	0,00	1.00	8,00	0,00	0,00	09/06/2023	400,50
114715745	30/05/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1.00	1,00	80,00	90,00	09/06/2023	72,00
			Total remboursé	مجموع مبلغ التعويض							472,50
			Total général remboursé	مبلغ التعويض الاجمالي							472,50

- 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](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



# Dr. Adil BEKKALI

Diplômé de la faculté de Médecine de Sousse

## MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Montpellier

Diplômé de Médecine de Sport  
De la Faculté de Rennes

# الدكتور عادل البقالي

خريج كلية الطب بسوسة

## الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير

بالأمواج فوق الصوتية من كلية مونتبلية

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

من كلية رين

Casablanca, le :

12/6/00 X 3

13/06/00 X 3  
PHARMACIE AL HAND  
Imm. G3G M2 Cité Al Boustane  
Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél : 0522 73 03 71

6617

203115

PHARMACIE AL HAND  
Imm. G3G M2 Cité Al Boustane  
Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél : 0522 73 03 71

Dr. ADIL BEKKALI  
Médecine Générale  
Echographie Médecine de Sport  
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 07 62 76 58 06

Résidence Nakhil Imm.5 Appt N° 2 Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca - Tél/Fax: 07 62 76 58 06

إقامة النخيل عمارة 5 الشقة 2 حي القدس سيدي البرنوصي الدار البيضاء - الموحى 07 62 76 58 06

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM  
20 comprimés sécables



6 118000 032156

**CILENTRA 10 mg** C  
Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 500303

**CILENTRA 10 mg C**  
Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303

**CILENTRA® 10 mg**   
Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303