

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

Déclaration de Maladie

M22- 0052337

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EL KHALIF 058 Société : 171731
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KHALIFI Ned
Date de naissance : 01.01.1943
Adresse : Jardin de Californie Bd de Fes Apt C19
CASABLANCA
Tél. : 066055557 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 : 15 AOÛT 2023
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) :

feuille de soins par personne et par
le soins doit être accompagnée de
pièces justificatives originales
s médicales, factures, ...).

prénom de la personne soignée
portés par les praticiens eux mêmes
uille de soins.

nances transmises doivent être
es des codes à barres des
s achetés .

de soins ainsi que les pièces
doivent être présentées à la CNSS
ix mois qui suivent le premier acte
f s'il y a traitement médical continu.
nier cas, le dossier doit être présenté
ante (60) jours qui suivent la fin du

rssement des frais engagés sera
la base de la tarification nationale de

restations ne peuvent donner lieu au
ient que suite à accord préalable.
es dernières est disponible auprès de
u CNSS.

liés aux accidents du travail et
ofessionnelles ne sont pas couverts.

nnie coupable de fraude ou de fausse
pour obtenir des prestations qui ne
es, est passible des sanctions légales
taires.

de remboursement prise par la
ubordonnée au respect des conditions
ires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
أشترت و توقيع من الوكالة	
الاسم المستعمل	تاريخ الاستلام

سليم ورصد العرجات باستسببه لمن مرض وحل 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 الاثباتية 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 التعريفه الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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

Résumé de		مرجع رقم 610-1-02 - Réf.	
الضمان الاجتماعي +dHO\$+ +dL\$+ CNSS Le devoir de vous protéger		موافقة مسبقة * Entente préalable *	
N° Dossier : 126488699		المؤمن له (لها)	
Partie réservée à l'assuré(e)		التالي والشخصي : 19	
Nom et prénom : ANDAIOUSS		تسجيل :	
N° Immatriculation : 11861171213		اقعة التعريف الوطنية : 1_1_1_1	
N° CIN : E88945		قراءة بين المستفيد والمؤمن له (لها)	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		FES APP, C19	
Adresse : Jardins de Califo		CASA B. ANCA	
Montant des frais : درهم		IS	
Nombre de pièces jointes :		مصاريف :	
Déclaration du médecin traitant		اثق المرفقة :	
Bénéficiaire de soins		الطبيب المعالج	
Nom et prénom :		يبد من العلاجات	
Date de naissance :		التالي والشخصي :	
N° CIN : 1_1_1_1_1_1_1_1		دياد : 1_1_1_1_1_1_1_1	
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر		التعريف الوطنية :	
INPE et code à barres ** 09108098		في الاستدلال والرقم المشفر **	
Médecin traitant		de soins	
الطبيب المعالج		المؤ	
Type de soins*		الأحداث*	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء		Maladie <input type="checkbox"/> مرض	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		مدافقة وصحة	
Fait à :		المذكورة أعلاه	
Le : 1_1_1_1_1_1_1_1		21/08/2023	
توقيع المؤمن له		توقيع وطابع الطبيب المعالج	
Signature de l'assuré(e)		Signature de l'établissement	
Date de réception : 02/08/2023		DR SOHH - Agence Inara	
* Cocher la mention utile pour chaque case		الطبيب المعالج	
* Asseser l'attestation selon l'AMOE / Identifiant National des		الطبيب المعالج	

تاريخ 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
27/07/2023	9		300,00	
code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				
code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

CIM-10

Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ 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
code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiolo Biologiste
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

مفادات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	ع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacie Fournisseurs des dispositifs méd
27/07/2023	72,80	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		
092017177		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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
Ref : 610-2-06 مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA
Le : 07/08/2023

صدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 186172518

رقم التسجيل

Règlements de la période

أناءات الفترة

du : 07/08/2023

من

au : 07/08/2023

إلى

Destinataire

المعسل إليه

ANDALOUSSI LATIFA

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
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	التصنيف	مهنو الصفة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعي	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
ANDALOUSSI LATIFA											
126488698	19/07/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	07/08/2023	175,00
126488698	19/07/2023	PH	PHARMACIES D	1443,00	0,00	1,00	16,00	0,00	0,00	07/08/2023	481,74
126488699	27/07/2023	PH	OFFICINES PHARMACIES D	72,80	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	07/08/2023	0,00
126488699	27/07/2023	CS	OFFICINES OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	07/08/2023	105,00
Total remboursé											761,74
Total général remboursé											761,74

- 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 بالمشغول الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 73 - فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Docteur Tawfik Jellal

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

- * Angiographie
- * Laser
- * Lentilles de contact
- * Champ Visuel Automatisé

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 27/07/2023



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - علاج بالليزر
المجال البصري الأتوماتيكي
العدسات اللاصقة

M. Andakum Latifa

Seu

28,80 Vitamond 1 p 6 matin /mois

Dan 6 2 geu

22,00 x 2 Siccaphak 1 p 3 / 1mois

T= 72,80


PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Tél: 0522.52.19.99

DR. TAWFIK JELLAL
OPHTALMOLOGISTE
24 Rue Baghdad
Tél: 0522.20.94.31 - Casablanca

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage - Casablanca
Tél : 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr
24 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير و مصطفى المعاني) الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31


VITANEVRIL® FORT 100 mg 
30 comprimés pelliculés



Siccaprotect® 
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



Siccaprotect® 
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml

