

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

M23- N° 0040824

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10534 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ERRANE POURIR

Date de naissance : 12/12/1971

Adresse : Ane A.

Tél. : 0666277279 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/24

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.

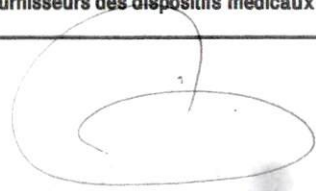
Fait à : Casablanca

Le : 15/02/2024


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste			
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _							
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 الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13.01.2024	157,00	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			

 الضمان الاجتماعي CNSS	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 Le : 02/02/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 186767583 Règlements de la période du : 02/02/2024 : من au : 02/02/2024 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire ELASRI SAMIRA المرسل إليه	

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	التعريف 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ELASRI SAMIRA											
112483831	13/01/2024	VER	OPTICIEN	4000,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	02/02/2024	157,50
112483831	13/01/2024	D234	OPHTALMOLOGIE	200,00	247,50	11.00	1,00	247,50	70,00	02/02/2024	140,00
112483831	13/01/2024	CS	OPHTALMOLOGIE	150,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	02/02/2024	105,00
112483831	13/01/2024	MON	OPTICIEN	800,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	02/02/2024	157,50
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							560,00
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							560,00

- 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
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

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Ref: 610-1-02 مرجع رقم</p>	<p>Ref: 120/01</p>
	<p>* موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ * Exécution *</p>			

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ELASRI SAMIRA : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 11816171617518131 : رقم التسجيل :
 N° CIN : 1B1K114141813101 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint ☐

زوج

Enfant ☐

ابن

Adresse : 201 lotissement ALKHOZAMA 2eme Etage Casablanca : العنوان :

Montant des frais : 5307,00 Dhs : مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 04 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ELASRI SAMIRA : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 10/11/1976 : تاريخ الميلاد :

N° CIN : 1B1K114141813101 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى : الجنس :

INPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي والرمز المشفر **

<p>Médecin traitant : الطبيب المعالج</p> <p>19928785</p>	<p>Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية</p> <p>1111111111111111</p>
--	--

Type de soins* : نوع العلاجات*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☒ مرض

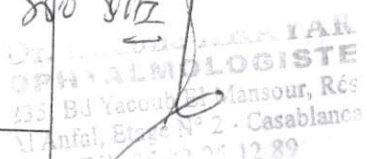
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه :
 Fait à : Casablanca : ب :
 Le : 11/11/2024 : في :
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables :
 Fait à : 13/01/2024 : ب :
 Le : 13/01/2024 : في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

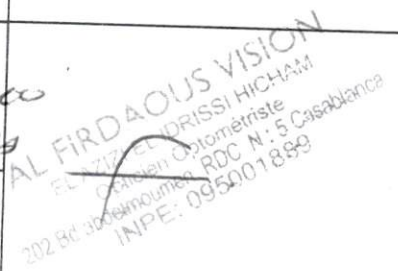
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- * 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

الصيدوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحطة - الهاتف: 080 203 3333
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 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	
23/01/24		C2 1450	350 812		
INPE et code à Barres 09 50 01 889					
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 clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
25/01/2024		OPTICUR		4800,00		
INPE et code à Barres 09 50 01 889						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

CASA LE 25/01/2024

ALFIRDAOUS VISION

OPT ICIEN - OPTOMETRISTE

FACTURE : N66/2024

NOM : EL ASRI SAMIRA NOMENCLATURES CORRESPONDANTES A LA PRESCRIPTION

OD :31 OG :31

1 MONTURE optique 1	800.00 DH TTC
1 MONTURE optique 2.....	00.00 DHTTC
2 VERRE orma nikon progressif extra brun antireflet	4000.0.00DH TTC
2VERRE orma	00.00 DH TTC
TOTAL TTC :	4800.00DH

LAPRESENTE FACTURE ARRETEE A LA SOMME DE :

Quatre mille huit cent DIRHAMS AL FIRDAOUS VISION

ICE : 00223025300090

RC : 428231

INPE :095001889

AL FIRDAOUS VISION
EL AZIZI EL IDRISSA HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd Abdelhroumen RDC N°5 Casablanca
INPE: 095001889

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux
Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME
DIU - Chirurgie réfractive

Ex Médecin a l'hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le: 13/01/24. : الدار البيضاء في

El Asli SANIRA

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+ 0,75 (-0,80, 85°)

OEIL GAUCHE

+ 1 (-0,50, 90°)

Yousf El Mansour

ADDITION VISION DE PRES

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 / Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

+ 2
086

157.00

2/ the dose 180° x 3, 1 mg

AL FIRDACUS VISION
EL AZIZEL IRISSI HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd abdelmoumen RDC N° 5 Casablanca
INPE: 095201889