

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'entente préalable est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour tous les actes effectués.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèse.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée sur la feuille de soins.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-483400

199882

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8763

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NAIT BRAHIM EL MOSTAFA

Date de naissance :

09-02-68

Adresse :

5 RUE MAUSOLEE R. des hopitaux
CASAB

Tél. :

0661218711

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) :

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@
- ☐ Prise en charge : pec@
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22

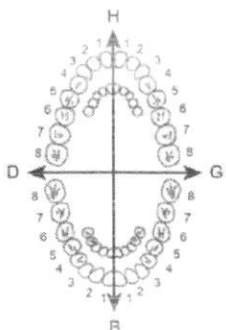
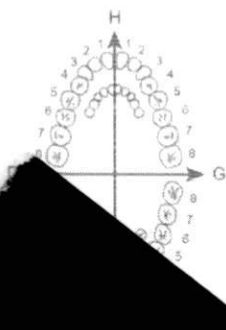
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

<p>توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجمالي Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent</p>	<p>Date d'arrivée</p>
<p>Date de dépôt du dossier</p>	<p>تاريخ الاستلام</p>

تعليمات يجب اتباعها

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 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 تضريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

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

<p>الجمهورية التونسية CNSS Le service des soins</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Médicale Obligatoire</p>
<p>موافقة مسجلة Entente préalable</p>	<p>تنفيذ Exécution</p>	<p>رجع رقم: 010-1-02 Rég. ANAM 1-201-01</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

ملخص بالمومن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : FADEL ASMA

N° Immatriculation : 11316191613181

N° CIN : 111316191613181

علاقة القرابة بين المستفيد والمومن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Casablanca, 5 rue Nansoutie 3ème étage Résidence EL Kachid, Quartier des Pêcheurs

Montant des frais : 24.88 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 3

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : FADEL ASMA

Date de naissance : 10/11/1981

N° CIN : 111316191613181

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

INPE et code à barres

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins

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

J atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant

Fait à : Le : 24/12/2014

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)


Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Le : 24/12/2014

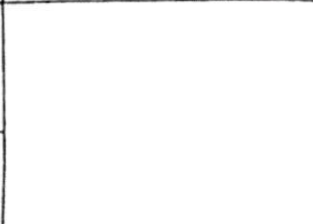
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

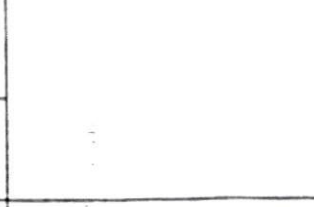
* Cocher la mention utile pour chaque case
* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres

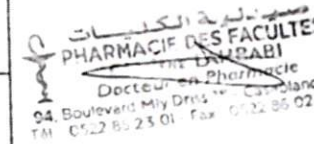

Description des actes effectués				وصف الصلوات المجرة
تاريخ الصلوات Date des actes	رمز الصلوات Code des actes	معامل الصلوات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ الملوثر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
24/02/2024	CS		300	 Spécialiste en Pédiatrie 120, Edouard Belin Tél: 05 22 86 02 25
INPE et code à Barres 0510133134				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

CIM-10

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - deuxième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ الصلوات Date des actes	رمز الصلوات Code des actes	معامل الصلوات Lettre clé+ cotation NGAP/NABIM	المبلغ الملوثر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
				 INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن الملوثر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
24/02/24	188,00	 PHARMACIE DES FACULTES Dr. BENKIA Docteur en Pharmacie 04, Boulevard Mily Dreyfus - Casablanca Tél: 05 22 86 02 25
INPE et code à Barres 092027937		
INPE _ _ _ _ _ _ _ _ _		
24/03/2024	2000,00	 BENKIA HAJAR 3 Im 7 GPE 4 Lot Ennakhil Casablanca Tél: 05 08 56 38 77
INPE et code à Barres HAJARI BENKIA INPE: 095028411		
INPE _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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

BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
SPÉCIALISTE



HAJAR

7 Op, Annakhil Rahma -Etagé MG Appt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca
RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443
ICE : 002721244000032

FACTURE N° 20640

Casablanca, le 08/03/2024

M	FADEL ASMA	
Docteur :		
Monture :	OPTIQUE	800,00
Verres :	ORMA AR BLOW	
VL	OD : (-0.25 à -1.60) OG : (-0.50 à -5.0)	600,00 600,00
ADD	
VP	OD : OG :	
Total :		2000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
dh Deux mille		

Signature et Chachet

HAJAR BENKIA
INPE: 095028411

BENKIA HAJAR
Imm 7 GPE 4 Lot Ennakhil
Errahma Dar Bouazza
Casablanca
Fix : 08 08 56 38 77

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

-Mme FADEL Asma

59.00

MAGMINE:

1 cp / jour le soir au coucher pendant 1 mois

89.00

VISIONLUX PLUS

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

188,00


PHARMACIE DES FACULTES
 HEBABI
 Docteur en Pharmacie
 54, Boulevard My Driess - Casablanca
 Tél. 0522 85 23 01 - Fax 0522 85 02 25

Professeur Laila RAIS
Spécialiste d'Odontologie
Chirurgie, Esthétique
103, Bd My Driss - Les Dars My Driss
Casablanca
Tél: 0572 86 41 22 - 51 Gsm: 0619 23 36 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3. 1^{er} - 3^{ème} ét. Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

المحمول: 06 61 08 06 18 GSM : Urgences:

الهاتف: 51 / 23 41 86 22 05

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma : Site web

Magmine

Magnésium 300 mg
Vitamine B₆

SANS SUCRES, SANS SEL ET SANS GLUTEN

COMPOSITION

Par comprimé :



VISIONILUX[®]
PLUS

NOVAX[®]
PLASMA

EN EYE DROPS
Lubricating ophthalmic solution with Sodium Hyaluronate and Vitamin B12



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 : 11/03/2024 : بتاريخ :

الصفحة 1 / 1 Page

N° d'immatriculation 136196378 رقم التسجيل
Règlements de la période :
du : 11/03/2024 : من
au : 11/03/2024 : إلى

المستفيد إليه Destinataire
FADEL ASMA

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 الإدعاء	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
FADEL ASMA											
128218068	24/02/2024	VER	OPTICIEN	1200,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	09/03/2024	157,50
128218068	24/02/2024	MON	OPTICIEN	800,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70,00	09/03/2024	157,50
128218068	24/02/2024	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	75,00	1.00	1,00	75,00	70,00	09/03/2024	52,50
Total remboursé											367,50
Total général remboursé											367,50

- 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
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



24 février 2024

Mme FADEL Asma

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = (- 0.25 à 160°)

OG = (- 0.50 à 5°)

BENKIA HAJAR
Imm 7 GPE 4 Lot Ennahil
Ennahil Dar Bouazza
Casablanca
Tél: 05 22 86 41 23 / 51

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Ophtalmologie Pédiatrique
120, Bd Moulay Driss - 120, Bd Moulay Driss
Casablanca
Tél: 05 22 86 41 23 / 51 GSM: 06 61 08 06 18

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 - طابق 3 إداريس مولاي إدريس 120 شارع مولاي إدريس، 120 دار مولاي إدريس،
Casablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma