

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

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE

Déclaration de Maladie

N° P19- 067110

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAN 160279

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAZOUANI MOHAMMED EL NAHFOU

Date de naissance : 10-07-1954

Adresse : RESID ANDALOUSSIA DAN 83 APT 8 BD ANOUAL
CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOUHRY FATIMA Age: 7ans

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 : CASA Le : 17 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : 17-01-2023

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

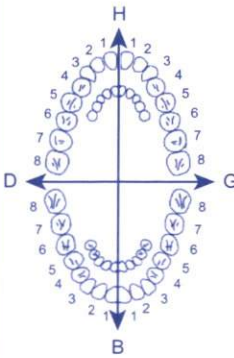
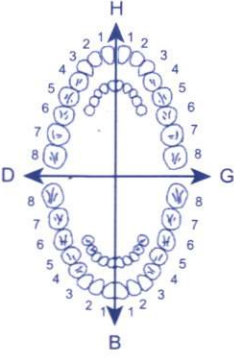
[illegible][illegible][illegible]

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre Dentaire

Yasmina BENLEMLIH

Odontologie - Parodontie

Orthodontologie - Invisalign

Associée de la F.M.D.C

Associée Attachée au CCTD de Casablanca



مركز طب الأسنان

د. ياسمينه ابن المليح

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زراعة الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الإقليمي للعلوم الصحية بالدار البيضاء

FACTURE N°: FA1418/22

Casablanca le: 26/12/2022

Madame ZOHRY Fatima

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraire:
26/12/2022	22	Composite	D700	250
26/12/2022	21	Composite	D700	250

Total : 500,00

Arrêté la présente Facture à la
somme de : CINQ CENTS



ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage, N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32, شارع بئر أنزران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزران

Tél : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par mes praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشرة و أتمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de et ce qui précède.

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

توقيع و طابع الوكالة

Cachet et Signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

Date d'arrivée : تاريخ الإستلام :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-04

Ref : ANAM 1.9.02.01

Partie réservée à l'assuré (e) خاص بالمؤمن له (ها)

الإسم العائلي و الشخصي : ZOHRY FATIHA

رقم التسجيل : 192191111

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B1 12166 12169

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ Lui même ☐ هو نفسه ☐

Adresse : RESID. MADALOUJA TON 83 APT 8 BD ANOUAL CASABLANCA

Montant des frais : 500,00 Dhs. مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات : ZOHRY FATIHA

الإسم العائلي و الشخصي : ZOHRY FATIHA

Date de naissance : 14/01/1991 تاريخ الميلاد :

N° de la Carte d'Identité Nationale : B1 12166 12169 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس : *

Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

N° INP 021494450 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

Soins* ☒ علاجات *

Prothèse* ☐ البذلة المنسية *

Orthodontie faciale* ☐ تقويم الأسنان الوجهي *

Autres* ☐ علاجات أخرى *

N° Entente préalable : رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي :

Date d'accident تاريخ :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : CASABLANCA ب :

Le : 21/01/2012 في :

توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

.....

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ب :

Le : 21/01/2012 في :

توقيع طبيب الأسنان
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

.....

- INP : Identification National du Particien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

دار المؤمن : ساحة ذاكر الدار البيضاء مرجع 2186 الدار البيضاء المحطة الهاتف 05 22 54 86 73 الفاكس 05 22 54 86 73 الموقع على الإنترنت : www.cnss.ma
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
مركز الإتصال 08200 7200

