

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAN 160289

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI MOHAMMED EL NAIT FOUD

Date de naissance : 10-07-1954

Adresse : RESID AND ALOUSSIA RNN 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 : ZOHRY FATIMA Age : 71 ans

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

### RELEVE 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A vertical line labeled 'D				

# entre Dentaire

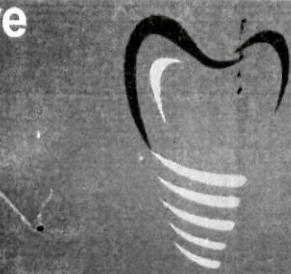
Yasmina BENLEMLIH

odontie - Parodontie

ntologie - Invisalign

omée de la F.M.D.C

ienne Attachée au CCTD de Casablanca



# مركز طب الأسنان

د. ياسمينة بن الملحق

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي بدارالبيضاء

FACTURE N° FA1418/22

Casablanca le: 26/12/2022

Madame ZOHRY Fatima

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
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<sup>er</sup> étage , N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

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.		
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).		
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par mes praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		
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.		
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.		
توقيع و طابع الوكالة Cachet et Signature de l'Agence		خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....		Date d'arrivée : .....
Date de dépôt du dossier : .....		ناريع الإيداع : .....

الشعار الصندوق الاجتماعي للتامين الإجباري CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة* Entente préalable* <input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ* Exécution*	Ref : ANAM 1.9.05.01
خاص بالمؤمن له (نها)		
الإسم العائلي والشخصي : Z. D.H.R.Y / FATIMA		
رقم التسجيل : ١٩٩٢١٩٨١		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ١٩٦٤١٢٦٩		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نها) *		
العنوان : RESID. ANDALOUSSIA ٢٠٨٣ APT ٨ BD ANOUAL CASABLANCA		
مبلغ المصارييف : ٥٠٥ درهم		
عدد الوثائق المرفقة :		
تصريح طبيب الأسنان		
المستفيد من العلاجات : الإسم العائلي والشخصي : ZOHR.Y / FATIMA		
تاريخ الإزدياد :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ١٩٦٤١٢٦٩		
الجنس : M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/>		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :		
نوع العلاجات		
علاجات *		
البدلة السنوية *		
تقويم الاسنان الوجهي *		
علاجات اخرى *		
رقم الموافقة المسبقة :		
في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :		
تاریخ :		
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
Fait à : CASABLANCA Le : ٢٠١٥/١٢/٢٠١٥ في : توقيع المؤمن له (نها) Signature de l'assuré (e)		
Fait à : CASABLANCA Le : ٢٠١٥/١٢/٢٠١٥ في : توقيع و طابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste		

Description des ordonnances		جريدة الوصفات
تاریخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المغور Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الحية، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : 					
INP : 					