

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2971 Société : RAM -

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom

EL MEGHARY EL JARRISSI MED

Date de naissance :

13-11-51

Adresse :

Rue ACACIAS RES PERLA App 50
Maârif - CASABLANCA -

Tél. 0673401818

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

⇒ DEMARRAGE DU REMBOURSÉ - EN
complément

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL MASSALI ILHAME Age: 67

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dentaire

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 :

28/08/2023

Le 02.08.2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Hasnaa BENZIT

Chirurgien Dentiste

Diplômée en Parodontologie - Implantologie
New York University (NYU)

Membre de l'Académie Americaine de Parodontologie

د. حسناه بنزيت

طبيبة جراحة للأسنان
متخصصة في أمراض العظم واللثة
متخصصة في زراعة الأسنان
جامعة نيويورك

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض اللثة والعظم

Le: 22/07/23

ن.ه. El Massadi Ilhame

16/07

-Doliprane 5g

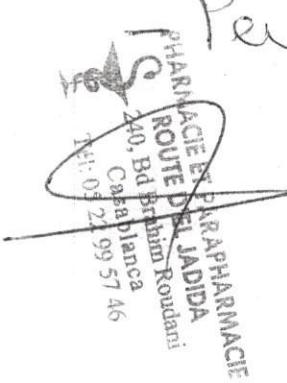
AS

لـ 3x/j polt 3j

Periu - ait 01/24. (B.B)

En rinceau 4x/j
polt 8j

A Journe le 23/07/23



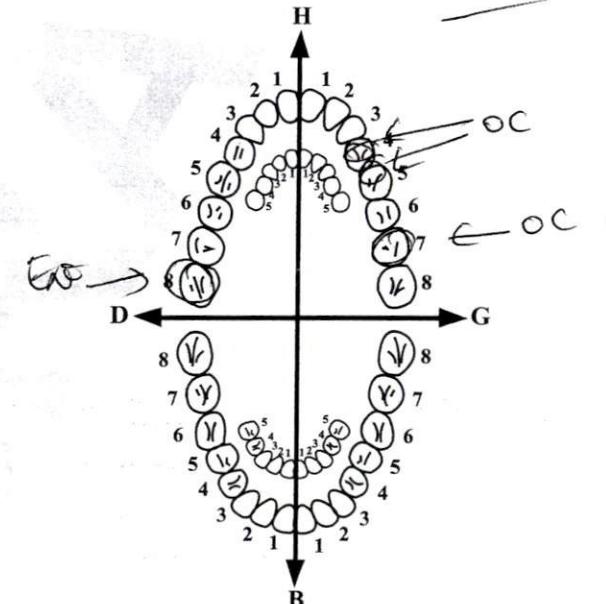
Dr. Hasnaa BENZIT
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Parodontologie
Implantologie
22, Route d'El Jadida Espace Houssam
3ème Etage - N°7, Casablanca
Tél: 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94

0522 23 20 47 - 0808 39 84 94 - رقم 7 - الهاتف :
22, Route d'El Jadida - Espace Houssam - 3^{ème} Etage - N°7 - Tél: 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94
hbenzit@menara.ma

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 les 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 : _____		تاريخ الإياب : _____
Date de dépôt du dossier : _____		Date d'arrivée : _____

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان		ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable		<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution*
رقم : 610-1-04		
خاص بالمؤمن له (ها) _____		
الإسم العائلي والشخصي : _____		
رقم التسجيل : _____		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) * _____		
العنوان : _____		
مبلغ المصاريق : _____		
عدد الوثائق المرفقة : _____		
تصريح طبيب الأسنان		
المستفيد من العلاجات :		
الإسم العائلي والشخصي : _____		
تاريخ الإيداع : _____		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____		
الجنس : * <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		
Identification du Chirurgien Dentiste		
نوع العلاجات :		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :		
نوع العلاجات :		
البلدة السنية *		
تقدير الأسنان الوجهية *		
علاجات أخرى *		
رقم الموافقة المسبقة :		
في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :		
تاريخ :		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-avant.		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : _____		
Le : 02/10/2023		
في : _____		
توقيع المؤمن له (ها)		
Signature de l'assuré (e)		
Dr. Hasnaa BEN DA Chirurgien Dentiste Spécialiste en Parodontologie 22, Route Ettabaâ, Casablanca, 3ème Etage, 1000 Casablanca, Maroc Tel: 0522 23 20 47		
*ضع العلامة في المربع *Cocher la mention utile pour chaque case - INP : Identification Nationale du Praticien - * Cocher la mention utile pour chaque case		

Description des ordonnances		جريدة الوصفات
تاریخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مدون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

<div[](https://i.imgur.com/3Q12Q1G.png)<div[](https://i.imgur.com/3Q12XfD.png)<div[](https://i.imgur.com/3Q5zJLc.jpg)

<div[](https://i.imgur.com/3Q5zJLW.png) على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأ مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً للدليل العمليات المهنية.

 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 مراجع رقم : 610-2-06	
Emis à : CASABLANCA Le : 09/08/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1
N° d'immatriculation 176304824 Règlements de la période du : 09/08/2023 : من au : 09/08/2023 : إلى		Destinataire EL MASSALI ILHAME

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 استقدمت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة 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
EL MASSALI ILHAME											
129330284	12/07/2023	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	600,00	210,00	12.00	1,00	210,00	70,00	09/08/2023	147,00
129330284	12/07/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	14,00	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	09/08/2023	9,80
129330284	12/07/2023	D713	CHIRURGIE DENTAIRE	600,00	175,00	10.00	1,00	175,00	70,00	09/08/2023	122,50
129330284	12/07/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	1800,00	175,00	10.00	3,00	525,00	70,00	09/08/2023	367,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 له
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمبيبلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال الوالضمان على الأرقام