

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

- 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.

M23-012950

173974

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDELHEDJID

Date de naissance : 04-05-1953

Adresse : 18, RUE LA GARE LOT LAARIDI BERRECHID

Tél. : 06 78 5193 83 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

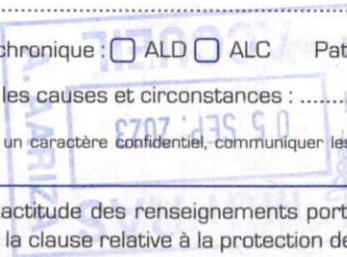
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 



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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

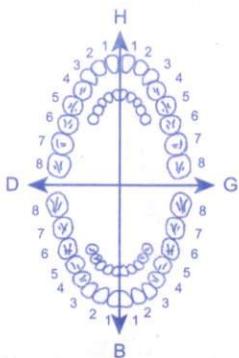
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 Nº d'immatriculation Règlements de la période du : 25/08/2023 au : 25/08/2023	رقم التسجيل أذاعات الفترة من : إلى :	Desunmaire SAOUDI ASMAA	معرض
--	---	--	------

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

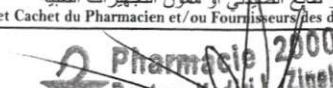
رقم الملف	ناريع العلاج	العنفات	مهنوب الصحة	مبلغ المصاريف	التعرية المرجعية	المعدل	الكمية	لسفن التعويض	نسبة التعويض	ناريع إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SAOUDI ASMAA											
129703651	01/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CHIRURGIE DENTAIRE	154.00	0.00	1.00	2.00	0.00	0.00	25/08/2023	107.80
129703651	01/08/2023	D754		3000.00	2250.00	180.00	1.00	2250.00	70.00	25/08/2023	1575.00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					1682,80
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					1682,80

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

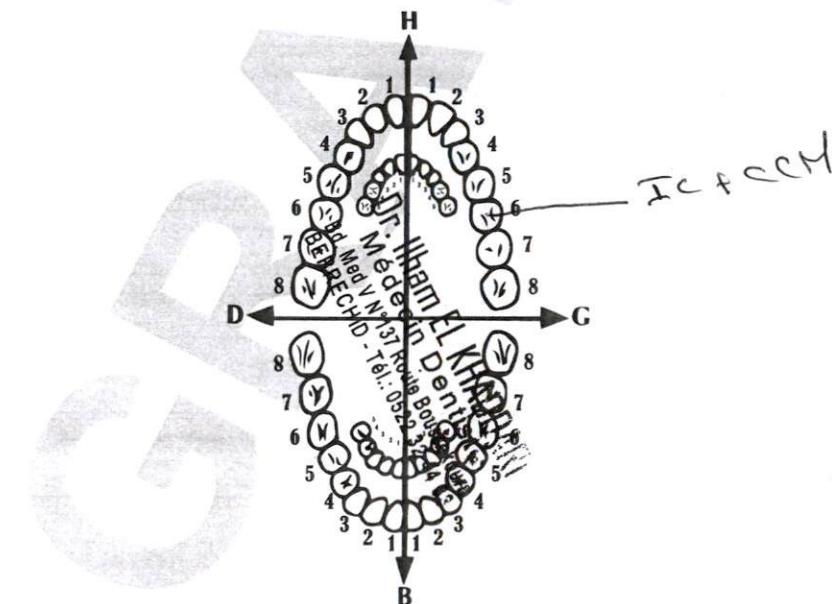
Instructions à suivre	
تعليمات يجب اتباعها	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	
تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.	
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).	
يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف المارسين على كل ورقة علاج.	
يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشرارة واثمنتها بالوصفات المرسلة.	
يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.	
سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.	
الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.	
كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.	
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.	
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 :	تاريخ الإيداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة* Entente préalable* <input type="checkbox"/> تنفيذ* Exécution* <input checked="" type="checkbox"/> خاص بالمؤمن له (ها) <input type="checkbox"/> الإسم العائلي والشخصي : <input type="checkbox"/> رقم التسجيل : <input type="checkbox"/> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <input type="checkbox"/> علقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها)* <input type="checkbox"/> العنوان : <input type="checkbox"/> مبلغ المصاريف : <input type="checkbox"/> عدد الوثائق المرفقة : 	<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة* Entente préalable* <input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ* Exécution* <input type="checkbox"/> خاص بالمؤمن له (ها) <input type="checkbox"/> الإسم العائلي والشخصي : <input type="checkbox"/> رقم التسجيل : <input type="checkbox"/> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <input type="checkbox"/> علقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها)* <input type="checkbox"/> العنوان : <input type="checkbox"/> مبلغ المصاريف : <input type="checkbox"/> عدد الوثائق المرفقة : 	<input type="checkbox"/> المستفيد من العلاجات : <input type="checkbox"/> الإسم العائلي والشخصي : <input type="checkbox"/> تاريخ الإيداع : <input type="checkbox"/> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <input type="checkbox"/> الجنس : <input type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى
<input type="checkbox"/> تصريح طبيب الأسنان <input type="checkbox"/> Déclaration du Chirurgien Dentiste <input type="checkbox"/> تاريخ الإيداع : <input type="checkbox"/> N° de la Carte d'Identité Nationale : <input type="checkbox"/> Date de naissance : <input type="checkbox"/> Bénéficiaire des soins : <input type="checkbox"/> Nom et prénom : 		<input type="checkbox"/> تصريح طبيب الأسنان <input type="checkbox"/> Identification du Chirurgien Dentiste <input type="checkbox"/> نوع العلاجات <input type="checkbox"/> علاجات* <input type="checkbox"/> البدلة السنية* <input type="checkbox"/> تقويم الاسنان الوجهية* <input type="checkbox"/> علاجات أخرى* <input type="checkbox"/> رقم الموافقة المسبقة : <input type="checkbox"/> في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : <input type="checkbox"/> تاريخ :
<input type="checkbox"/> أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		<input type="checkbox"/> أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه <input type="checkbox"/> Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. <input type="checkbox"/> Fait à : <input type="checkbox"/> في : <input type="checkbox"/> Le : <input type="checkbox"/> توقيع و طابع طبيب الأسنان <input type="checkbox"/> Signature de l'assuré (e)
<input type="checkbox"/> - INP : Identification National du Praticien <input type="checkbox"/> - * Cocher la mention utile pour chaque case		<input type="checkbox"/> - INP : Identification National du Praticien <input type="checkbox"/> - * Cocher la mention utile pour chaque case <input type="checkbox"/> دار المؤمن - ساحة ناكي-الدار البيضاء، المدخلة - الهاتف: 05 22 54 86 07 - الفاكس: 05 22 54 86 73 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> مركز الاتصال 08200 7200

Description des ordonnances		برد الوصفات
تاريخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المفaturé Prix facturé	توقيع و طبع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
01.08.2023	154,00	
INP : <u>INPE</u>		
062000591		
INP : <u> </u>		

العمليات الإحياء، 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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : 					
INP : 					

Description des actes effectués							وصف العمليات المجرأة
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغورر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste	
2C	14	14	0758	0758	10000	 Dr. ITHAM EL KHABDARI Médecin Dentiste B.P. MED V N°137 Route Boussakoura BERRECHID - Tél.: 0522 32 44 33	
26	02	02	0754	0754	30000		



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة
العلاجات و كذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

DOCTEUR ILHAM EL.KHADDARI

Chirurgien Dentiste



الدكتورة إلهام الخضاري

طبيبة جراحية للأسنان

Berrchid, le : 01.10.2013 برشيد، في

132.00

ACLAV 1g

1 sachets 2 fois/J pendant 8j

22.00

MOLGAM 200 mg

2 cp/j pdt 5jrs

KOPRED 20 mg

3cp en seuls prise matin pdt 5j

DOLOSTOP 1g

1cp tous les 6h pdt 24h

BIDONTOGYL

1CP /2fois / pdt 8 jours

Omiz 20 mg

154.00

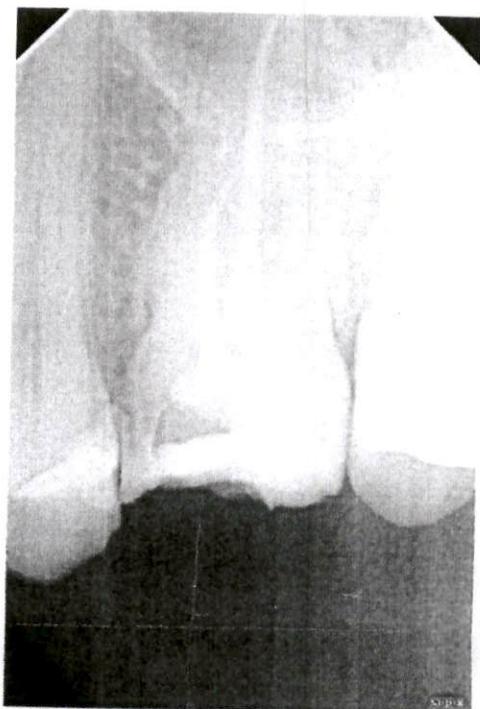
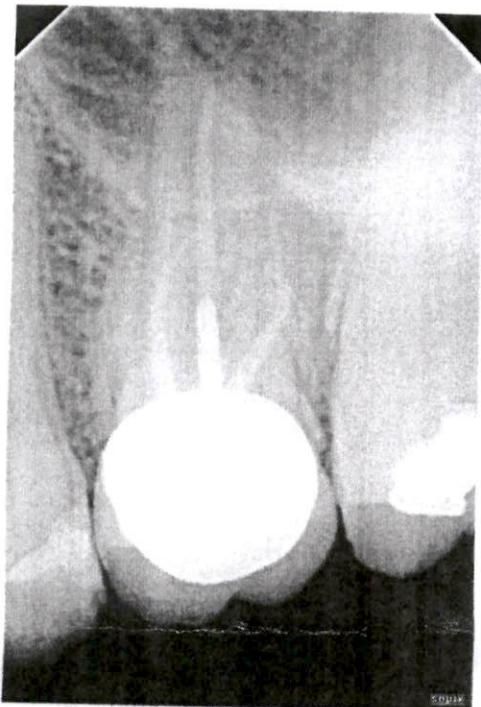
Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Tél: 022.53.36.05

DR ILHAM EL KHADDARI
Bd. MOHAMED V N°137
BERRECHID - Tél: 0522.32.44.33
Bd. Mouloud 137
Route Boussekoura

شارع محمد الخامس الرقم 137 طريق بوسكورة برشيد. الهاتف: 05 22 32 44 33

Bd.Mohamed V N 137 Route Boussekoura Berrechid - Tél: 05 22 32 44 33





Date du cliché : 05/08/2023

Localisation : 26

Commentaire :

Date du cliché : 10/07/2023

Localisation : 26

Commentaire :

Dr. Ilham EL KHADDARI
Médecin Dentiste
Bd. Med V N°137 Route Bouskoura
BERRECHID - Tel: 0522 32 44 33

DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd Mohamed V N° 137
Route Bouskoura
Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33



الدكتورةilmam الخضاري

طبيبة جراحة الأسنان

شارع محمد الخامس
الرقم 137 طريق بوسكورة
برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 33

Berrechid, le 07/08/23 برشيد في

SAIDI ASMAA

FACTURE:

$$26 \text{ FC + CCM} = 70,80 + 0,180$$

$$\rightarrow 70,80 + 3,0000$$

$$\text{TOTAL} = 31,80$$

~~Dr. Ilham EL KHADDARI
Médecin Dentiste
Bd. Med N°137 Route Boussekoura
BERRECHID - Tél.: 0522 32 44 33~~