

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

Déclaration de Maladie

M22- 0059290

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723 Société : 174562

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAROUA Samir

Date de naissance :

Adresse : Residence El Fajr Im C n°7

Al Hassan BEAROUSSE - EPSA

Tél. : 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

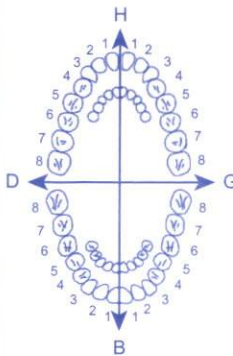
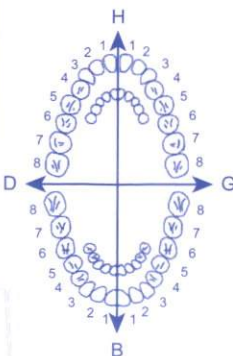
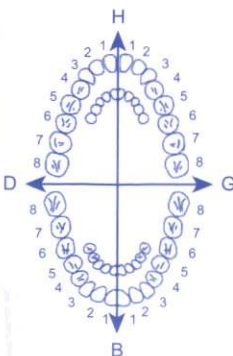
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
	Ref: 610/2006 - ج.م.	
Émis à Le 04/08/2023	Casablanca	Page 1 / 1
N° d'immatriculation 192195926 Règlements de la période du 04/08/2023 au 04/08/2023	Destinataire BADREDDINE ABDELGHANI LAGHDIR Souad	المرسل إليه

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	التعويضات	مهنيو الصحة	مبلغ التعويضات	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
LAGHDIR SOUAD											
97834308	26/06/2023	D900	CHIRURGIE DENTAIRE	4000,00	2250,00	1,00	2,00	4500,00	70,00	04/08/2023	2800,00
97834308	26/06/2023	T151	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	04/08/2023	112,00
97834308	26/06/2023	D754	CHIRURGIE DENTAIRE	10000,00	2250,00	180,00	4,00	9000,00	70,00	04/08/2023	200,00
Total remboursé											3112,00
Total général remboursé											3112,00

- 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

Dr. FATIMA OUARRAK

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
de l'enfant et de l'adulte

Diplômée de la Faculté de Médecine - France

☎ 05 22 73 98 00

Casablanca, le 26.06.23

ORDONNANCE

LAGHDIR, smad.

Rx Gamora (après)

Dr. Fatima OUARRAK
Chirurgien Dentiste
Ed. Ahmed Guernaoui Rue 25 N° 100
1er étage Lot. Saada (A. Côte du la
Pharmacie Kamar) Sidi Bernoussi
Casa - Tél: (02) 73.98.00

CENTRE ORTHODONTIQUE
AL MANSOUR
Lot Al Mansour Al Jadid Rue 51
N° 62 - 64 Sidi Bernoussi
Casablanca // Tél: 052044*163

Dr. FATIMA OUARRAK

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
de l'enfant et de l'adulte

Diplômée de la Faculté de Médecine - France

☎ 05 22 73 98 00

Casablanca, le 26-06-23

FACTURE

LAGHDIR Samad.

- Prothèse dentaire (cc sur 24-25 et
ccn sur 44-45-46-47)

- Arrêtée la présente facture à la
somme de quatorze mille dirhams
(14.000 MA)

Dr. Fatima Ouarrak
Chirurgien Dentiste
Gd. Ahmed Guernaoui Rue 25 N° 100
1er étage Lot. Saâda (A. Côté de la
Pharmacie Kaman) Sidi Bernoussi
Casa - Tél: (02) 73.98.00

مركز الفحص بالأشعة المنصور

DR.MADAD MOHAMMED

.Spécialiste en Radiologie
. Ancien Médecin-Chef des Hôpitaux Publics
Marocains
. Ancien Médecin-Attaché des F.A.R
. Diplômé des Hôpitaux de PARIS-FRANCE

. Radiologie numérisée-Mammographie
. Echographie-Écho doppler couleur
. Scanner
. Radio-Panoramique dentaire

Casablanca le : 20/07/2023

Nom et prénom : LAGHDIR SOUAD
Médecin traitant : Dr. FATIMA OUARRAK

PANORAMIQUE DENTAIRE APRES

Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

Indication :

- Bilan

Résultat :

- Soins dentaires.

Dr.MADAD Mohammed
Spécialiste
En Radio-Diagnostic

Lotissement AL Mansour AL Jadid, Rue 51N° 62 -64 Sidi Bernoussi-Casablanca
Centre Radiologique Al Mansour-Société Civile professionnelle
I.F :15299075-CNSS :4668789-Patente :37959813-ICE :000712273000043
Gmail : centre.radiologiealmansour@gmail.com Tél :0520444163

CENTRE RADIOLOGIQUE AL MANSOUR

مركز الفحص بالأشعة المنصور

DR.MADAD MOHAMMED

.Spécialiste en Radiologie
. Ancien Médecin-Chef des Hôpitaux Publics
Marocains
. Ancien Médecin-Attaché des F.A.R
. Diplômé des Hôpitaux de PARIS-FRANCE

. Radiologie numérisée-Mammographie
. Echographie-Écho doppler couleur
. Scanner
. Radio-Panoramique dentaire

FACTURE

| Référence : Fac 544/2023
| Date : 20/07/2023
| Medecin traitant : Dr OUARRAK
| Nom PATIENT: LAGHDIR SOUAD

Examen	Prix TTC	Total
RX PANORAMIQUE APRES	200,00 DH	200,00 DH

Total TTC 200,00 DH

Arrêter la présente facture à la somme de deux cents Dirhams TTC

CENTRE RADIOLOGIQUE
AL MANSOUR
Lotissement AL Mansour AL Jadid Rue 51
N° 62 - 64 Sidi Bernoussi
Casablanca // Tél : 0520444163

Lotissement AL Mansour AL Jadid, Rue 51 N° 62 -64 Sidi Bernoussi-Casablanca
Centre Radiologique Al Mansour-Société Civile professionnelle
I.F :15299075-CNSS :4668789-Patente :37959813-ICE :000712273000043
Gmail : centre.radiologiealmansour@gmail.com Tél :0520444163

Tel: 0691968546 / 0522767011

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 المشتراة 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 للإستفادة 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 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 :	تاريخ الإستلام :		
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :		

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
الضمان الاجتماعي الجمهورية الجزائرية CNSS	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	مرجع رقم : 610-1-04
Partie réservée à l'assuré (e) خاص بالمؤمن له (ها)			
Nom et prénom : <u>LAGHDIR Samad</u>		الإسم والعائلي و الشخصي :	
N° Immatriculation : <u>29914958216</u>		رقم التسجيل :	
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>B 21807116</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		علاقة القاربة بين المستفيد و المؤمن له (ها)*	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> هو نفسه <input type="checkbox"/>			
Adresse : <u>Rés. EL Fajr Imb. C - N° 7 - AL Yousseur</u> <u>Haj AL Qada - Berroussi - CAS</u>		العنوان :	
Montant des frais : <u>14.200,00</u> Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : <u>6</u>		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان			
Bénéficiaire des soins : <u>LAGHDIR Samad</u>		المستفيد من العلاجات :	
Nom et prénom : <u>LAGHDIR Samad</u>		الإسم والعائلي و الشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الإزدياد :	
N° de la Carte d'Identité Nationale :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		الجنس* :	
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج			
N° INP : <u>094016888</u>		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :	
Type de soins		نوع العلاجات	
Soins* <input type="checkbox"/>		علاجات* <input type="checkbox"/>	
Prothèse* <input checked="" type="checkbox"/>		البذلة السنية* <input checked="" type="checkbox"/>	
Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/>		تقويم الأسنان الوجهي* <input type="checkbox"/>	
Autres* <input type="checkbox"/>		علاجات أخرى* <input type="checkbox"/>	
N° Entente préalable :		رقم الموافقة المسبقة :	
En cas d'accident présumé		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.		أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : <u>CASA</u> : ب		Fait à : <u>CASA</u> : ب	
Le : <u>25/07/2023</u> : في		Le : <u>26/06/2023</u> : في	
Signature de l'assuré (e) <u>[Signature]</u>		Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste <u>[Signature]</u>	
* وضع العلامة في المكان المخصص			
- INP : Identification National du Praticien - * Cocher la mention utile pour chaque case			
www.cnss.ma : الموقع على الأنترنت : 05 22 54 86 73 : الفاكس : 05 22 54 86 07 : الهاتف : 2186 : دار البيضاء المحطة الهاتفية : 05 22 54 86 07 : Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Telephone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma مركز الإتصال 08200 7200 : مركز الإتصال			

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : []					
INP : []					

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.