

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.

Biologie 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

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



Complément
Déclaration de Maladie
N° P19- 067538

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249

Société : RAM

41920

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL FASSI EL AHRI MOHAMMED

Date de naissance : 08/10/1959

Adresse : 24, Rue de SALONIQUE

Tél. 06 29 38 22 13

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 :

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة بكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.


توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع : 11/11/2019

تاريخ الاستلام : 11/11/2019

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان</p> <p>Feuille de soins dentaires</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Médicale Obligatoire</p>
	<p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Exécution *</p>	<p>مرجع رقم : 610-1-04</p>
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>			
<p>الاسم العائلي والشخصي : 129879030</p>			
<p>رقم التسجيل : 8422054</p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8422054</p>			
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>			
<p>هو نفسه <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint</p>			
<p>العنوان : 24 Rue Sabonique Casablanca</p>			
<p>مبلغ المصاريف : 1172,00 Dhs.</p>			
<p>عدد الوثائق المرفقة : 7</p>			
<p>تصريح طبيب الأسنان</p>			
<p>المستفيد من العلاجات</p>			
<p>الاسم العائلي والشخصي : ROUZIANE Badue</p>			
<p>تاريخ الإزدياد : 11/11/2019</p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8422054</p>			
<p>الجنس : * أنثى <input checked="" type="checkbox"/> F ذكر <input type="checkbox"/> M</p>			
<p>تعريف الطبيب المعالج</p>			
<p>الرقم الوطني الاستدالي للممارس : 094878602</p>			
<p>نوع العلاجات</p>			
<p>علاجات <input checked="" type="checkbox"/> البنية السنية <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان <input type="checkbox"/> علاجات أخرى <input type="checkbox"/></p>			
<p>رقم الموافقة المسبقة : 1172,00</p>			
<p>في حالة حادث. يرجى تحديد مايلي : تاريخ : 11/11/2019</p>			
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>Fait à : 11/11/2019</p>		<p>Fait à : 11/11/2019</p>	
<p>Le : 11/11/2019</p>		<p>Le : 11/11/2019</p>	
<p>توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>		<p>توقيع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>	

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

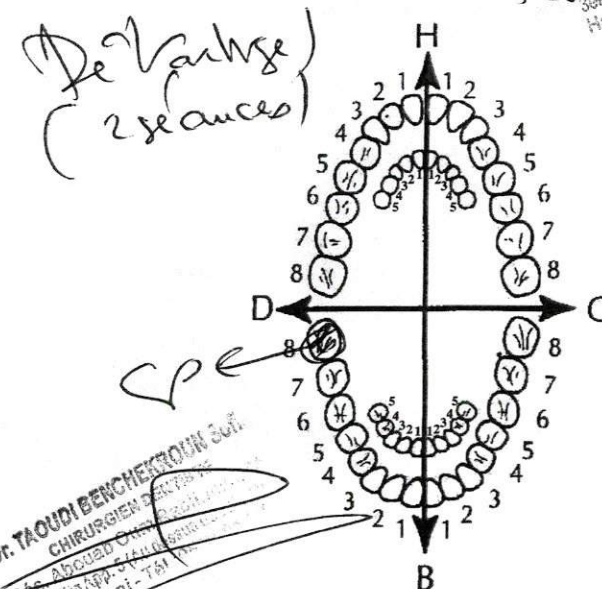
دار المومن - ساحة داكور - الدار البيضاء - 2186
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
مركز الاتصال 08200 7200

Description des ordonnances		جرد الوصفات
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفقور Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزع الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/10/19	222.00	
INP: 10920110192		
INP: _____		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفقور Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Radiologiste
05/10/19	218			250.00	
INP: _____					
<p>Docteur Dr. EDDINE Salah Eddine INPE: 091045534</p>					
INP: _____					

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفقور Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP: _____					
INP: _____					
INP: _____					

Description des actes effectués						العمليات المجرىة
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفقور Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
48 D		09/10/19	D10	300.00		
Dr. (1) (28/09)		09/10/19	D24	400.00		
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.

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200998357579985

Emis à Casablanca le : [] [] [] []

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

BOUZIANE BADIA
24 RUE SALONIQUE
CASABLANCA 2049

N° d'immatriculation : 129879030
Règlement du mois : 09/2020
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BOUZIANE BADIA										
067083950	02/10/2019	D	CHIRURGIEN	300,00	175,00	1,00	1,00	175,00	70	122,50
067083950	02/10/2019	D	DENTISTE	400,00	210,00	1,00	1,00	210,00	70	147,00
067083950	02/10/2019	PH	CHIRURGIEN	222,00	203,00	1,00	1,00	203,00	70	142,10
067083950	02/10/2019	Z	DENTISTE	250,00	160,00	1,00	1,00	160,00	70	112,00
Total remboursé pour BADIA										523,60
Total général remboursé										523,60

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia

Chirurgien Dentiste
Orthodontie - Soins - Prothèse
Parodontie - Blanchiment



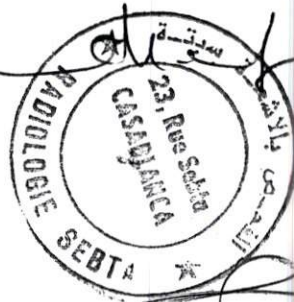
الدكتورة تاودي بنشكرون صوفيا

طبيبة جراحية للأسنان
تقويم الأسنان - تعويض و علاج الأسنان
علاج أمراض اللثة - تبييض الأسنان

Casablanca, le : 02/06/19. : الدار البيضاء في :

LETRE

Cher confrère,
Nous vous remercions M. le D^{re} BATA
BOURNE pour prise de
radiographie par mail.
Cordialement



~~Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia
DENTISTE
Rue de Label Vie
Hay Hassani - Tél: 05 22 91 37 36~~

إقامة أبواب أم الربيع، شارع أم الربيع، عمارة «أ» - الطابق الثالث رقم 5 (فوق Label Vie) - الحي الحسني - الدار البيضاء
Résidence Abouab Oum Rabii, Bd Oum Rabii. Imm. «A» 3^{ème} Etage. App 5 (Au dessus de Label Vie) - Hay Hassani
الهاتف : 05 22 91 37 36 - البريد الإلكتروني : dr.benchekrounsafia@gmail.com

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia

Chirurgien Dentiste

Orthodontie - Soins - Prothèse

Parodontie - Blanchiment



الطبيبة جراحية للأسنان

تقويم الأسنان - تعويض و علاج الأسنان

علاج أمراض اللثة - تبييض الأسنان

Casablanca, le : 09/ 10/ 19

Me BADIA BOU EL ANF

1) Augmenter 1/2
2x 105.
222.00

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia
Chirurgien Dentiste
Résidence Abouab Oum Rabii, Bd Oum Rabii. Imm. «A» 3^{ème} Etage. App 5 (Au dessus de Label Vie) - Hay Hassani
Tél: 05 22 91 37 36 - Email: dr.benchekrounsafia@gmail.com

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia
Chirurgien Dentiste
Résidence Abouab Oum Rabii, Bd Oum Rabii. Imm. «A» 3^{ème} Etage. App 5 (Au dessus de Label Vie) - Hay Hassani
Tél: 05 22 91 37 36 - Email: dr.benchekrounsafia@gmail.com

إقامة أبواب أم الربيع، شارع أم الربيع، عمارة «أ» - الطابق الثالث رقم 5 (فوق Label Vie) - الحي الحسني - الدار البيضاء
Résidence Abouab Oum Rabii, Bd Oum Rabii. Imm. «A» 3^{ème} Etage. App 5 (Au dessus de Label Vie) - Hay Hassani
الهاتف: 05 22 91 37 36 - البريد الإلكتروني: dr.benchekrounsafia@gmail.com

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

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرى مع تحديد طبيعة
العلاجات وكذا معاملتها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

الخانة
دار المو

ription

أسنان
traitées

8

Dr. TAOUDI

28/09/19

Dr. TAOUDI

Dr. TAOUDI

Dr. TAOUDI

Dr. TAOUDI

Dr. TAOUDI

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia

Chirurgien Dentiste
Orthodontie - Soins - Prothèse
Parodontie - Blanchiment

كتورة تاودي بنشكرون صوفيا

طبيبة جراحية للأسنان
تقويم الأسنان - تعويض و علاج الأسنان
علاج أمراض اللثة - تبييض الأسنان

Casablanca, le : 09/10/19 في الدار البيضاء

Note d'honoraires

Mme BOUHANOU BADIA

Déplacement : 600,00 DH.

Consulte : 300,00 DH

Total => 900,00 DH

Délivré et vérifié par le
valable que de droit.

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia
CHIRURGIEN DENTISTE
24s Abouab Oum Rabii, Imm. «A»
3ème Etg App. 5 (Au dessus de Label Vie)
Hay Hassani - Tél: 05 22 91 37 36

إقامة أبواب أم الربيع، شارع أم الربيع، عمارة «أ» - الطابق الثالث رقم 5 (فوق Label Vie) - الحي الحسني - الدار البيضاء
Résidence Abouab Oum Rabii, Bd Oum Rabii. Imm. «A» 3ème Etage. App 5 (Au dessus de Label Vie) - Hay Hassani

الهاتف: 05 22 91 37 36 - البريد الإلكتروني: dr.benchekrounsafia@gmail.com Email :

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.

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