

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249

Société :

RAM

11920

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL FASSI EL AÏSSI MOHAMMED

Date de naissance :

08/10/1959

Adresse :

24, Rue de STALONICAPACIA

Tél. 06 79 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 :



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 un 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 وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، 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 المشتراء وأيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية لبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كان بـ الاستفادة من خدمات غير متناسبة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

Date d'arrivée : _____

 الضمان الاجتماعي tel: 088 808 888 CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان	
	موافقة مسبقة*	تنفيذ*
Entente préalable*	Exécution *	<input checked="" type="checkbox"/>

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

هو نفسه

العنوان :

Nom et prénom : 129879030

N° Immatriculation : 3492054

N° de la Carte d'Identité Nationale :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج Enfant ابن Lui même هو نفسه

Adresse : 24 Rue Salonique Casablanca

مبلغ المصاريF : 1172,00 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : 7

تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات :

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة :

جنس*: M ذكر F أنثى

تعريف الطبيب المعالج

نوع العلاجات :

العلاجات غير المتناسبة*

البدلة السنوية*

تقدير الأسنان البوجي*

علاجات أخرى*

رقم المعاقة المسبقة :

في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي :

تاريخ :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : _____

Le : 29/12/2013

في : _____

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

- INP : Identification Nationale du Practicin

- * Cocher la mention utile pour chaque case

دار الون ساحة داكار - الدار البيضاء - المغرب - 2186 الدار البيضاء المطحنة - الهاتف 05 22 54 86 73 -fax: 05 22 54 86 07 - موقع على الانترنت : www.cnss.ma

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casablanca Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax: 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma

مركز الاتصال 08200 7200

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 200998357579985

Emis à Casablanca le : ٢٠٢٠/٠٩/٢٠

Identifiant de la famille تعریف 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 المصارييف Montant de la dépense	التعريفة 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 DENTISTE	300,00	175,00	1,00	1,00	175,00	70	122,50
067083950	02/10/2019	D	CHIRURGIEN DENTISTE	400,00	210,00	1,00	1,00	210,00	70	147,00
067083950	02/10/2019	PH	PHARMACIE	222,00	203,00	1,00	1,00	203,00	70	142,10
067083950	02/10/2019	Z	RADIOLOGIE	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 سوفيا



طبيبة جراحية للأسنان

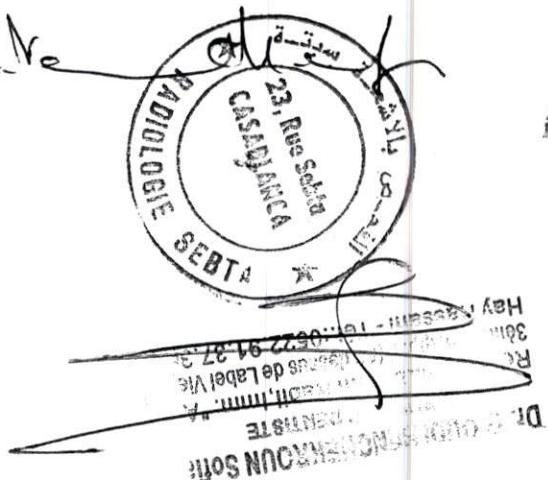
نقويم الأسنان - تعويض و علاج الأسنان
علاج أمراض اللثة - تبييض الأسنان

دار البيضاء في: ٢٠١٨ Casablanca, le :

LETTE

Cher client,
Mes vos adresses Me RAMA
Bouzare au niveau de
radiographie passe.

Confirme



إقامة أبواب ألم الربيع، شارع ألم 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: Email : dr.benchekrounsofia@gmail.com

Dr. TAOUDI BENCHERKOUN Sofia

Chirurgien Dentiste

Orthodontie - Soins - Prothèse

Parodontie - Blanchiment

الدكتورة تاودي بنشركون صوفيا

طبية جراحية للأسنان

تقويم الأسنان - تعويض و علاج الأسنان

علاج أمراض اللثة - تبييض الأسنان



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

Mr. BADIA BOU BRAKE

11 August 1981
2x 22.00 Dolt 105.



Hay Hassani - 105 Bd Oum Rabii - 3rd floor - App 5 (Au dessus de Label Vie)
Résidence Abouab Oum Rabii, Imm. «A» 3rd Etage. App 5 (Au dessus de Label Vie) - Hay Hassani
Dr. TAOUDI BENCHERKOUN SOFIA
Chirurgien Dentiste

إقامة أبواب أم الريبيع، شارع أم الريبيع، عمارة «أ» - الطابق الثالث رقم 5 (فوق Label Vie) - الحي الحسني - الدار البيضاء
Résidence Abouab Oum Rabii, Bd Oum Rabii. Imm. «A» 3rd Etage. App 5 (Au dessus de Label Vie) - Hay Hassani
Email : dr.benchekrounsofia@gmail.com الهاتف : 05 22 91 37 36 - بريد إلكتروني : Tél-

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

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

Casablanca, le :

Note d'honorat

Mme BOUZI ANS BADIA

Réhausse : 600,- Dh.

Comparté : 300,- Dh.

Total = 900,- Dh.

Delivré à l'intéressé par la
valence que de doct.

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN
CHIRURGIEN DENTISTE
26s Abouab Oum Rabii, Imm. «A»
3ème Etg App. 5 (Au dessus de Label Vie)
Hay Hassani - Tel.: 0522 01

إقامة أبواب أم الربيع، شارع أم الربيع، عمارة «A» - 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: Email : dr.benchekrounsofia@gmail.com

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 المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.