

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0018824

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7370 Complément

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2683*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EL A2HAR Nourredine*

Date de naissance : *23/07/1956*

Adresse : *58 lot Al Abdessalam Sidi Naâsuf Casablanca*

Tél. : *056384765*

Total des frais engagés :

8500,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : *ELAFIR ZAKIA* 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 : *08/07/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *E.F.H*

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

defesa às 16/06/2021 ás 10h30

Instructions à suivre

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 mes 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.

تَعْلِيماتٍ يُجَبُ اتِّبَاعُهَا

تقدير و فة العلاجات بالنسبة لكل 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 الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء
وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 يوماً) 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 تصریح کاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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 ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

te de dépôt du dossier : :

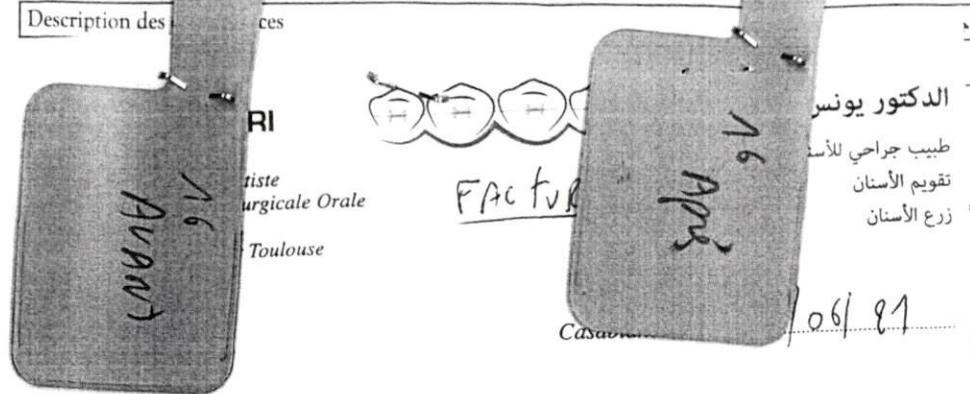
10. The following table summarizes the results of the study.

 الصناع الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *
Partie réservée à l'assuré (e)		خاص بالمؤمن له (ها)
الاسم العائلي والشخصي : ELOFIR ZAKIA رقم التسجيل : N° d'immatriculation : 193302413 رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 407983 N° de la Carte d'Identité Nationale : علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه العنوان : 58 Lot AR Addresso Sidi Moussem - Casablanca Adresse : Montant des frais : 25.02 Dhs. مبلغ المصارييف : Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة : Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان المستفيد من العلاجات : Bénéficiaire des soins : ELOFIR ZAKIA الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : تاريخ الإزدياد : Date de naissance : 08/07/1960 رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 407983 N° de la Carte d'Identité Nationale : الجنس* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : N° INP 1034018617 نوع العلاجات * Type de soins علاجات * Soins* <input type="checkbox"/> Prothèse* <input checked="" type="checkbox"/> البذلة السنية * Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهي * Autres* <input type="checkbox"/> علاجات أخرى * رقم الموافقة المسبقة : N° Entente préalable : في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : En cas d'accident précisez Date d'accident أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca ب : Le : 11/06/2011 في : توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e) أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca ب : Le : 11/06/2011 في : توقيع و طابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste تطبيعي Ref : 610-1-04 مراعي رقم Ret : ANM 14 03 01		

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

دار المؤمن - ساحة داكار- الدار البيضاء صرب 2186، الدار البيضاء المحطة المائية - الفاكس 05 22 54 86 07 - مaison de l'Assuré-Place de DAKAR-Casablanca BP 2186 Cas-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
Centre d'appels 08200 7200 مركز التأمين

Description des actes



je pourvois Dr YOUNES ZAARI, affirme que

une ELOFIR TAKIA, lui a été réalisée

une CCP 16 dont le montant global

est de 8500 (Dhs) Deux mille cinq cent
dhs

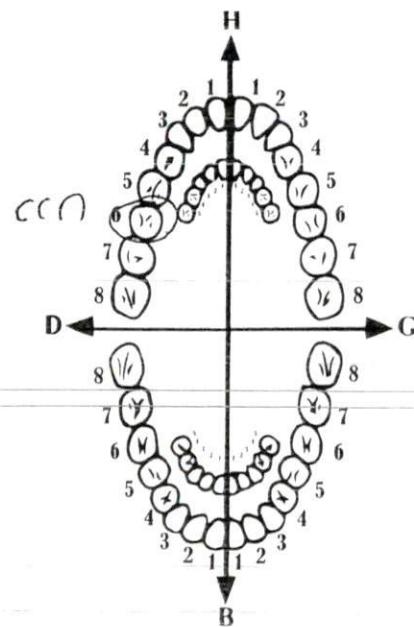


INP : 034018457

2, Rue Tal Ezaâtar (ex. Rue de Louvre)
Angle Brahim Roudani (Maârif)
Casablanca - Tél. : 05 22 99 22 40

وصف العمليات المجرأة

Dents traitées	إستان معنجة	رمز العمليات	تاريخ العمليات	معامل العمليات	قيمة المعامل	المبلغ المعتبر	توقيع و طابع طبيب الأسنان
	Code des actes	Dates des actes	Lettre Cle- Cotation NGAP	Valeur Clé	Montant facture		Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
16	(D 180)	M/06/92	CC	16	8500 (Dhs)		



يُدْعى المُعَالِجُ، إِلَيْهِ الْمُجَرَّأَةُ مَعَ تَحْدِيدِ طَبِيعَةِ
نَوْعِ الرَّفِيقِ الْمُعَالَجِيِّ وَمَقْدِيرِهِ طَبِيعَةً
مَعَالِمِهَا طَبِيقًا لِدَلِيلِ الْعَمَلَيَّاتِ الْمَهَنَيَّةِ .

**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 : 210606108974132

Emis à Casablanca le :

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

EL OFIR ZAKIA
LOT EL ADARISSA NO 58 SIDI MAAROUF
CASABLANCA 0220

N° d'immatriculation : 193302413
Règlement du mois : 06/2021
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
EL OFIR ZAKIA										
070890958	11/06/2021	D	CHIRURGIEN DENTISTE	2 500,00	2 250,00	1,00	1,00	2 250,00	70	1 575,00
Total remboursé pour ZAKIA										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان