

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 0018824

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2683 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELAZHAR Mohamed
Date de naissance : 23/07/1956
Adresse : 58, Bd Al Andalous Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 0663084765 Total des frais engagés : 2500,00 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 : 28/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 أمنتها 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 الإيداع :

Date d'arrivée :

		<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان</p> <p>Feuille de soins dentaires</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie</p> <p>Compulsatoire</p> <p>Ref : 610-1-04</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré (e) خاص بالمؤمن له (ها)</p>					
<p>Nom et prénom : <u>ELOFIR ZAKIA</u></p>					
<p>N° Immatriculation : <u>1933D2413</u></p>					
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>B 407283</u></p>					
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui même <input checked="" type="checkbox"/> هو نفسه</p>					
<p>Adresse : <u>58 km AP Adiamina Sidi Karam</u></p>					
<p>Montant des frais : <u>2500</u> Dhs. <u>Deux mille cinq cent</u></p>					
<p>Nombre de pièces jointes :</p>					
<p>Declaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان</p>					
<p>Bénéficiaire des soins : <u>ELOFIR ZAKIA</u></p>					
<p>Nom et prénom : <u>ELOFIR ZAKIA</u></p>					
<p>Date de naissance : <u>08/07/1960</u></p>					
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>B 407283</u></p>					
<p>Sexe * : <u>M</u> <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>					
<p>Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج</p>					
<p>N° INP <u>0594012417</u></p>					
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>					
<p>Soins * <input type="checkbox"/> علاجات *</p>					
<p>Prothèse * <input checked="" type="checkbox"/> البدلة السنية *</p>					
<p>Orthodontie faciale * <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهي *</p>					
<p>Autres * <input type="checkbox"/> علاجات أخرى *</p>					
<p>N° Entente préalable :</p>					
<p>En cas d'accident précisez : في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي :</p>					
<p>Date d'accident :</p>					
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>			<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>		
<p>Fait à : <u>Casablanca</u></p> <p>Le : <u>11/06/2021</u></p> <p>توقيع المؤمن له (ها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>			<p>Fait à : <u>CS</u></p> <p>Le : <u>11/06/2021</u></p> <p>توقيع و طابع طبيب الأسنان</p> <p>Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>		

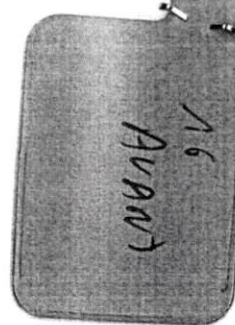
- INP : Identification National du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* وضع العلامة في الكانة المناسبة

دار الضمان - ساحة زاكار - الدار البيضاء - ب.ب 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 05 22 54 86 73 - الفاكس 05 22 54 86 73 - الموقع على الإنترنت : www.cnss.ma
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 الداءات 08200 7200

Description des actes



RI

tiste
urgicale Orale

Toulouse



FAC TUR

Casablanca

الدكتور يونس

طبيب جراحى للأسنان

تقويم الأسنان

زراع الأسنان

106/91

Je soussigné Dr YOUSSEF ZAKARI, affirme que
une EL O F I R ZAKARIA lui a été réalisée
une CCT 16 dont le montant GLOBAL
est de 2500 (ons) Deux mille cinq cent
dhs

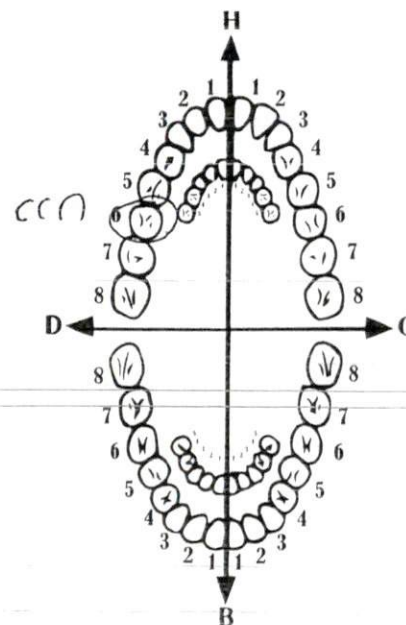
IMP : 0340 12457

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

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

اسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre Co- Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
16	(DAS)	10/06/91	CCT	16	2500 (0h5)	



يد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة
nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes
professionnels. معامليها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 210606108974132		Emis à Casablanca le :	Page : 1
	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 :				

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنبو 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
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										1 575,00
Total général remboursé										1 575,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان