

# 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.

## 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.

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

N° M21- 072047

80906

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : Individuelle

Tél. : 06 62 10 05 80 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

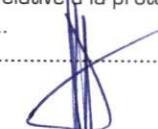
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : la

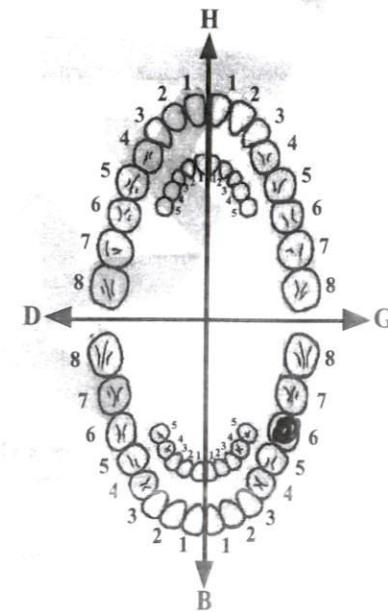
Le : 09/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Description des ordonnances						جريدة الوصفات
تاريخ النفخة Dates d'exécution	المبلغ المغور Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مونو التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux				
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						العمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	معامل المعامل Valeur Clé	قيمة المعامل Montant facturé	المبلغ المغور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologue	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						
Actes Paramédicaux						العمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	معامل المعامل Valeur Clé	قيمة المعامل Montant facturé	المبلغ المغور Signature et Cachet du Paramédical	توقيع و طابع المساعد الطبي
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغور Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
25/11/20						
coronne céramique dat 36						
D 180						5000



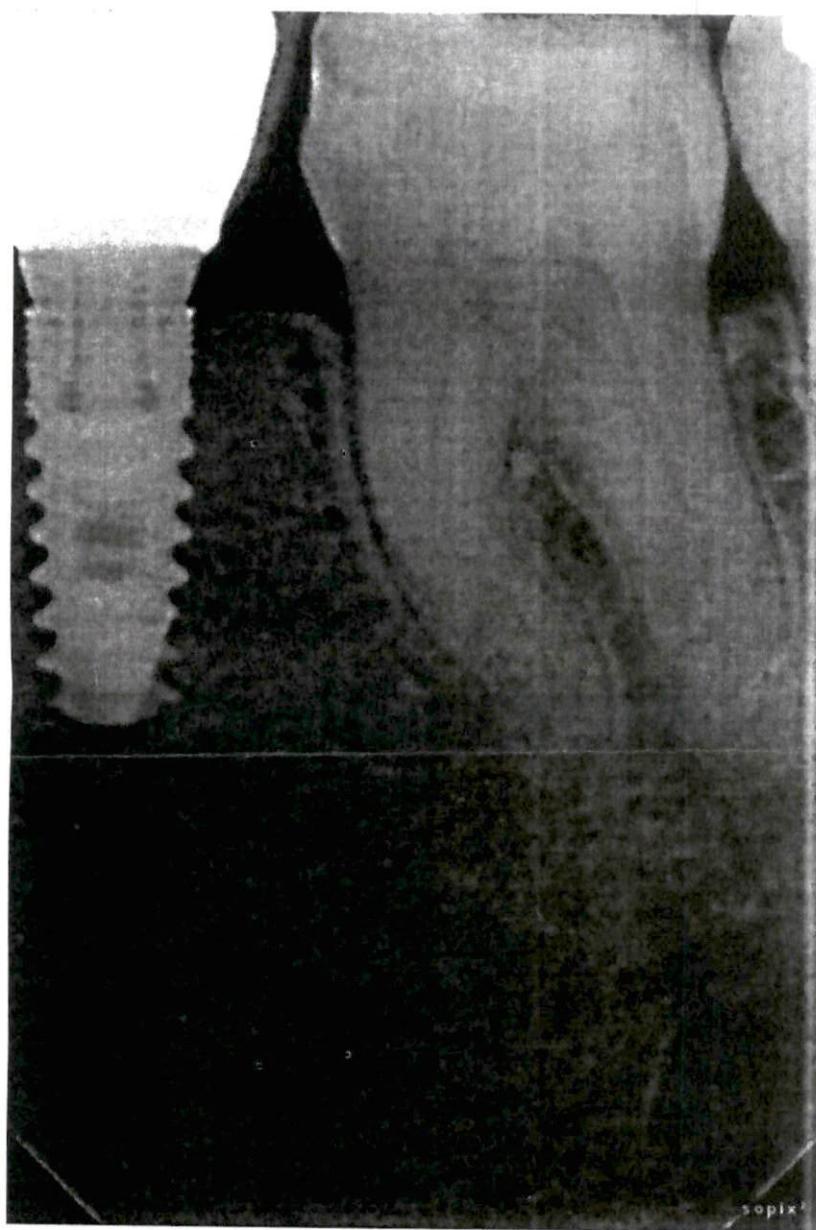
على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة  
العلاجات، وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

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.

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 ارفاق 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 les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الإسم 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 ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأنوية المثبتة وأشنتها 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 والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، مادعا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) 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 والأمراض 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 تصریح کاذب للإسقادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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 وكل ما سبق ذكره.
<b>توقيع و طابع الوكالة</b> Cachet et Signature de l'Agence		خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....		ناريع الاستلام : .....
Date de dépôt du dossier : .....		Date d'arrivée : .....

 الصناعي الاجتماعي CNSS	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان</b> <b>Feuille de soins dentaires</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-1-04
موافقة مسبقة* Entente préalable*		تنفيذ* Exécution*
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b> Nom et prénom : <b>EL MECHRAFI AZIZA</b> N° Immatriculation : <b>154502333</b> N° de la Carte d'Identité Nationale : <b>A 21433</b> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه Adresse : <b>123, Rue Abu EL WAKT, LES. SEKHAAT-B. AFT 9, BOURGUIGNE, CASAB</b> العنوان :		خاص بالمؤمن له (ها) رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) العنوان :
Montant des frais : <b>درهم</b> Dhs.		مبلغ المصروف : عدد الوثائق المرفقة :
<b>Déclaration du Chirurgien Dentiste</b> تصريح طبيب الأسنان <b>Bénéficiaire des soins :</b> المستفيد من العلاجات : Nom et prénom : <b>EL MECHRAFI AZIZA</b> الاسم العائلي والشخصي : Date de naissance : <b>02/12/1956</b> تاريخ الازدياد : N° de la Carte d'Identité Nationale : <b>1111111111111111</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية : Sexe* : <b>M</b> ذكر <b>F</b> أنثى الجنس :		
<b>Identification du Chirurgien Dentiste</b> تعرف الطبيب المعالج N° INP <b>094000000000</b> الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : <b>Type de soins</b> نوع العلاجات Soins* علاجات* <input checked="" type="checkbox"/> Prothèse* البذلة السنية* <input type="checkbox"/> Orthodontie faciale* تقويم الأسنان الوجهية* <input type="checkbox"/> Autres* علاجات أخرى* <input type="checkbox"/> N° Entente préalable : <b>1111111111111111</b> رقم موافقة المسبقة : En cas d'accident présez <b>1111111111111111</b> في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : Date d'accident <b>1111111111111111</b> تاريخ :		
أصرح بصدقية و صحة 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 : <b>casablanca</b> ب : <b>casablanca</b> Le : <b>15/12/2012</b> في : <b>casablanca</b> توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e) <b>elmechrafi</b>		Fait à : <b>casablanca</b> ب : <b>casablanca</b> Le : <b>15/12/2012</b> في : <b>casablanca</b> توقيع و طبع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste <b>DR ABBELLAZOUR</b>

Né(e) le : 11/01/1956



Date du cliché : 25/11/2020

Localisation : 36

Commentaire :

Dr. Ali EL HAMID  
Médecin Dentiste Professionnel  
Clinique Dentaire Casablanca  
18, Abdellatif El Khatib  
Tél : 05 22 36 08 90

**Clinique Dentaire Casablanca**  
**Pr. Ali EL HAMID**  
16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,  
Val d'Anfa, Casablanca.  
Tél : 022360807/022360890

Casablanca, le 25/11/2020

## **FACTURE**

Reçu la somme 5000 (cinq mille dirhams) honoraires des prothèse  
dentaires, effectuée à Mme ELMECHRAFI AZIZA

Signé :

**Dr. ALI EL HAMID**  
Médecin Dentiste Professeur  
Clinique Dentaire Casablanca  
16, Bd Abdelkrim El Khattabi  
Tél : 05 22 33 00 90

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>tel: 081 70 081 70</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم</b> : REF : 610 2 06 : <b>Page :</b> 1
	<b>Référence structurée :</b> 210201973833171	<b>Emis à Casablanca le :</b> 02/02/2021	
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b>	<b>EL MECHRAFI AZIZA</b> 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016	
	N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement		
	<b>Informations :</b>	<b>معلومات :</b>	

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	المرجعية Tarif de référence	العامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس Base de remboursement	نسبة تعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA 070770191	25/11/2020	D	CHIRURGIEN DENTISTE	5 000,00	2 250,00	1,00	1,00	2 250,00	70	1 575,00
<b>Total remboursé pour AZIZA</b>										<b>1 575,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>1 575,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان