

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.

Radiologie 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-682330

Complémentaire

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7673 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBANI Tjani

Date de naissance : 13/03/1946

Adresse : BP 213 51000 El Hach

Tél. 0661316261 Total des frais engagés :

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : El Hach Le : 18/02/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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 Etape Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon

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 les 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 وأثمنتها 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، ماعدا 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 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 تصريح كاذب للاستفادة 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 وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO		
Identification de l'agent :		تاريخ الإيداع :	
Date de dépôt du dossier :		تاريخ الإيداع :	

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
موافقة مسبقة Entente préalable*	تنفيذ Exécution*	مرجع رقم : 610-1-04	
<div> <div>الضمان الاجتماعي CNSS</div> </div>			
<div> <div>خاص بالمؤمن له (ها)</div> <div>Partie réservée à l'assuré(e)</div> </div>			
<div> <div>الاسم العائلي والشخصي : NAIM Naïma (ع. BENBIHI)</div> <div>Nom et prénom : NAIM Naïma (ع. BENBIHI)</div> </div>			
<div> <div>رقم التسجيل : 143641217</div> <div>N° Immatriculation : 143641217</div> </div>			
<div> <div>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 40942</div> <div>N° de la carte d'Identité Nationale : B 40942</div> </div>			
<div> <div>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *</div> <div>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</div> </div>			
<div> <div>هو نفسه <input type="checkbox"/> Lui même</div> <div>ابن <input type="checkbox"/> Enfant</div> <div>زوج <input type="checkbox"/> Conjoint</div> </div>			
<div> <div>العنوان : BP 213 31000 El Hajeb</div> <div>Adresse : BP 213 31000 El Hajeb</div> </div>			
<div> <div>مبلغ المصاريف : درهم</div> <div>Montant des frais : Dhs.</div> </div>			
<div> <div>عدد الوثائق المرفقة :</div> <div>Nombre de pièces jointes :</div> </div>			
<div> <div>تصريح طبيب الأسنان</div> <div>Déclaration du Chirurgien Dentiste</div> </div>			
<div> <div>المستفيد من العلاجات</div> <div>Bénéficiaire des soins</div> </div>			
<div> <div>الاسم العائلي والشخصي : NAIM Naïma (ع. BENBIHI)</div> <div>Nom et prénom : NAIM Naïma (ع. BENBIHI)</div> </div>			
<div> <div>تاريخ الميلاد : 04/01/1948</div> <div>Date de naissance : 04/01/1948</div> </div>			
<div> <div>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 40942</div> <div>N° de la carte d'Identité Nationale : B 40942</div> </div>			
<div> <div>الجنس : * أنثى</div> <div>Sexe : * أنثى</div> </div>			
<div> <div>تعريف الطبيب المعالج</div> <div>Identification du Chirurgien Dentiste</div> </div>			
<div> <div>الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 143641217</div> <div>N° INP : 143641217</div> </div>			
<div> <div>نوع العلاجات</div> <div>Type de soins</div> </div>			
<div> <div>علاجات *</div> <div>Soins *</div> </div>			
<div> <div>البنية السنية *</div> <div>Prothèse *</div> </div>			
<div> <div>تقويم الأسنان اللوحي *</div> <div>Orthodontie faciale *</div> </div>			
<div> <div>علاجات أخرى *</div> <div>Autres *</div> </div>			
<div> <div>رقم الموافقة المسبقة :</div> <div>N° Entente préalable :</div> </div>			
<div> <div>في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :</div> <div>En cas d'accident précisez :</div> </div>			
<div> <div>تاريخ :</div> <div>Date d'accident :</div> </div>			
<div> <div>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</div> <div>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</div> </div>		<div> <div>أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</div> <div>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</div> </div>	
<div> <div>فعل : El Hajeb</div> <div>Fait à : El Hajeb</div> </div>		<div> <div>فعل : El Hajeb</div> <div>Fait à : El Hajeb</div> </div>	
<div> <div>في : 20/11/2021</div> <div>Le : 20/11/2021</div> </div>		<div> <div>في : 20/11/2021</div> <div>Le : 20/11/2021</div> </div>	
<div> <div>توقيع المؤمن له (ها)</div> <div>Signature de l'assuré(e)</div> </div>		<div> <div>توقيع وطابع طبيب الأسنان</div> <div>Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</div> </div>	
<div> <div>INP : Identification Nationale du Praticien</div> <div>* Cocher la mention utile pour chaque case</div> </div>		<div> <div>وضع العلامة في الخانة المناسبة</div> <div>www.cnss.ma</div> </div>	

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 220111917438134	Emis à Casablanca le : 	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة NAIMA NAIM BP 213 EL HAJEB 51000 EL HAJEB 5100 N° d'immatriculation : 143641217 Règlement du mois : 01/2022 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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
NAIMA NAIM										
082096113	10/11/2021	D	MR JMILI NAJIB	200,00 ✓	175,00	1,00	1,00	175,00	70	122,50
082096113	10/11/2021	D	MR JMILI NAJIB	400,00 ✓	87,50	1,00	2,00	175,00	70	122,50
082096113	10/11/2021	D	MR JMILI NAJIB	300,00 ✓	87,50	1,00	1,00	87,50	70	61,25
082096113	10/11/2021	PH	PHARMACIE NOUVELLE	89,50 ✓	89,50	1,00	1,00	89,50	70	62,65
Total remboursé pour NAIM										368,90
Total général remboursé										368,90

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur JMILI Najib
Médecin chirurgien dentiste
Doctorat en Médecin dentaire
Diplôme Universitaire d'Orthodontie
de l'Université Mohamed V -Rabat

الدكتور جميلي نجيب

طبيب جراحي للأسنان
دكتورة دولة في طب الأسنان
شهادة جامعية في تقويم الأسنان
من جامعة محمد الخامس- الرباط

10/11/2021

NAIM NAIMA

75.50

1) Bi-Dontogyl Cp

1 Cp 3 fois/jour

pendant 5 jours



16.00

2) Doliprane 1G Cp

1 Cp 3 fois/jour

En ca de douleurs




89.50

Pharmacie Nouvelle
Mme DOUNYA MOHATTANE
42, Avenue Hassan II
El Haleb
Tél : 05 35 54 30 38

Docteur Najib JMILI
Spécialiste en Chirurgie Dentaire
22 Av. Allal Ben Abdellah 2ème étage
Meknès Tél : 05 35 40 26 54

22 شارع علال بن عبد الله الطابق الثاني أمام الإعدادية - مكناس - الهاتف : 05.35.40.26.54
22, Av. Allal Ben Abdellah 2ème étage (en face du collège) - Meknès Tél : 05.35.40.26.54

Bidontogyl 1,5MU/250mg, 15 comprimés



6 118000 092223

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Doliprane® 1000mg ○

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

Docteur JMILI Najib

Médecin chirurgien dentiste

Doctorat en Médecin dentaire

Diplôme Universitaire d'Orthodontie

de l'Université Mohamed V -Rabat

الدكتور جميل نجيب

طبيب جراحي للأسنان

دكتوراة دولة في طب الأسنان

شهادة جامعية في تقويم الأسنان

من جامعة محمد الخامس - الرباط

10/11/2021

Facture

Facture N° : FC11805/21

Nom du patient : NAIM NAIMA

Date	Dent(s)	Acte appliqué	Honoraire
10/11/2021	16	EXTRACTION	200,00
10/11/2021	14	EXTRACTION	200,00
10/11/2021	15	EXTRACTION	200,00
10/11/2021	36	REGULARISATION OSEUSE	300,00
TOTAL			900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de NEUF CENTS DHS

Paiement : Espèce

22 شارع علال بن عبد الله الطابق الثاني أمام الإعدادية - مكناس - الهاتف : 05.35.40.26.54

22, Av. Allal Ben Abdellah 2ème étage (en face du collège) - Meknès Tél : 05.35.40.26.54

C.N.S.S N°6913463-T P : 17109703 - I.F : 23001888 -ICE : 001784662000040 -

BMCE N° 2121139598000020 VN Meknès