

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-682330

Complémentaire



Maladie

Dentaire

Optique

A1

Code réservé à l'adhérent (e)

7673

Société : Royal Air Maroc

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENBILHI Tijani

Date de naissance :

13/03/1946

Adresse :

BP 213 51 000 El Hajeb

Tél. 0661316261

Total des frais engagés :

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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 Hajeb Le : 18/02/22

Signature de l'adhérent(e)



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 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 المعلى 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 المنشورة وأثننتها 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 الاشتاتية 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 تعريض 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 للشروع.
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 مستحقه، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		حق التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.
توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence		خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
Identification de l'agent :		
Date de dépôt du dossier :		Date d'arrivée : تاريخ الانتlam :

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">موافقة مسبقة*</td> <td style="text-align: center;">تنفيذ*</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Entente préalable*</td> <td style="text-align: center;">Exécution *</td> </tr> </table>	موافقة مسبقة*	تنفيذ*	Entente préalable*	Exécution *	<p>مديرية الشئون الصحية الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>رقم رسم: 610-1-04</p>
موافقة مسبقة*	تنفيذ*					
Entente préalable*	Exécution *					
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>				
<p>Nom et prénom : <u>NAIM Naima</u> (spécie: <u>sp BENBIGHI</u>)</p> <p>N° Immatriculation : <u>143 641 217</u> (رقم التسجيل: <u>B 409 42</u>)</p> <p>N° de la carte d'Identité Nationale :</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه +</p> <p>Adresse : <u>BP 913 51000 El Hachel</u> (العنوان: <u>El Hachel</u>)</p> <p>Montant des frais : <u>درهم</u> Dhs.</p> <p>Nombre de pièces jointes : <u>.....</u> (عدد الوثائق المرفقة: <u>.....</u>)</p>						
<p>تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste</p>						
<p>Bénéficiaire des soins</p> <p>Nom et prénom : <u>NAIM Naima</u> (spécie: <u>sp BENBIGHI</u>)</p> <p>Date de naissance : <u>04/05/1948</u> (رقم بطاقة التعريف الوطنية: <u>B 409 42</u>)</p> <p>N° de la carte d'Identité Nationale :</p> <p>Sexe* : <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى * الجنس:</p>						
<p>تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste</p>						
<p>N° INP : <u>141101000000</u> (رقم الوطني الاستدلالي للممارس: <u>.....</u>)</p> <p>Type de soins</p> <p>Soins* <input checked="" type="checkbox"/> علاجات*</p> <p>Prothèse* <input type="checkbox"/> تبييض الأسنان</p> <p>Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهي*</p> <p>Autres* <input type="checkbox"/> علاجات أخرى*</p>						
<p>N° Entente préalable : <u>.....</u> (رقم الموافقة المسبقة: <u>.....</u>)</p> <p>En cas d'accident précisez : <u>.....</u> (في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي: <u>.....</u>)</p> <p>Date d'accident : <u>.....</u> (تاريخ: <u>.....</u>)</p>						
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : <u>El Hachel</u> (شهادة بصحة كل ما ذكر أعلاه.)</p> <p>Le : <u>20/11/2021</u> (في: <u>20/11/2021</u>)</p> <p>توقيع المؤمن له (ها) <u>.....</u></p> <p>Signature de l'assuré(e) <u>.....</u></p>						
<p>صرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <u>TEKNIK</u> (.....)</p> <p>Le : <u>20/11/2021</u> (في: <u>20/11/2021</u>)</p> <p>توقيع وطبخ طبيب الأسنان <u>.....</u></p> <p>Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>						

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 : مرجع رقم

Référence structurée : 220111917438134

Emis à Casablanca le : 00000

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 :

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 Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض 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
دكتوراه 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

11.00

1 Cp 3 fois/jour

pendant 5 jours

2) Doliprane 1G Cp

1 Cp 3 fois/jour

En ca de douleurs

89.50



Docteur Najib
Chirurgien Dentiste
22 Av. Allal Ben Abdellah
Meknès
Tél: 05.35.54.30.38

El Haje
42, Avenue Hassan II
Mme DOUNYA MOHATTANE
Pharmacie Nouvelle

شارع علال بن عبد الله الطالق الثاني أمام الاعدادية - مکناس - الهاتف : 05.35.40.26.54
22, Av. Allal Ben Abdellah 2ème étage (en face du collége) - Meknès Tél : 05.35.40.26.54

Bidontogyl 1,5MUI/250mg, 15 comprimés



6 118000 092223

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

PARACÉTAMOL - Analgésique - Antidouleur - Antipyétique

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

Docteur JMILLI Najib

Médecin chirurgien dentiste

Doctorat en Médecin dentaire

Diplôme Universitaire d'Orthodontie
de l'Université Mohamed V -Rabat

الدكتور جمالي نجيب

طبيب جراحي للأسنان

دكتوراة دولة في طب الأسنان

شهادة جماعية 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

Dr. J. M. MILLI
Chirurgien Dentiste
Spécialiste de l'Orthodontie
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 - I.C.E : 001784662000040 -
BMCE N° 2121139598000020 VN Meknès

22 شارع علال بن عبد الله الطالق الثني أمام الإعدادية - مكنا - 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 - I.C.E : 001784662000040 -
BMCE N° 2121139598000020 VN Meknès