

# 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

M22- 0017882

124632

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07719 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : CONJOINT  
Nom & Prénom : CHOUAICHAA ABDELHACQ  
Date de naissance : 01/01/61  
Adresse : STRIE ENNARJILL BEAUJOUR CASABLANCA  
Tél : Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL GHENAM RABIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 01 / 08 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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 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

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>مرجع رقم : 610.2.06 : REF</b>
	<b>Référence structurée : 220515932905747</b>	<b>Emis à Casablanca le : 04/05/2022</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> <b>EL GHENAM RABIA</b> <b>RUE ENNARJISS IMM 55 APT 8 HAY RAHA</b> <b>CASABLANCA 1600</b>	<b>N° d'immatriculation: 116255631</b> <b>Règlement du mois : 05/2022</b> <b>Mode de paiement : Virement</b>	
	<b>Informations :</b>		

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
EL GHENAM RABIA										
082047772	08/03/2022	C	MME MAANANI WAFAA	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
<b>Total remboursé pour RABIA</b>										<b>56,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>56,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire REJET DU CONE BEAM
--------------------------------







## 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 المسترارة 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 وكل 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 : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإستلام : .....

Date d'arrivée : .....

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان <b>Feuille de soins dentaires</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	مرجع رقم : 610-1-04
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)			
الاسم العائلي والشخصي : <b>EL GHENAM Rahma</b> Nom et prénom :			
رقم التسجيل : <b>1116255631</b> N° Immatriculation :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>13 424 129</b> N° de la Carte d'Identité Nationale :			
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*			
هو نفسه <input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint			
العنوان : <b>55, Rue ENARTIS Apt 8 2ème étage</b> <b>Hay ERRAHA Casablanca</b> Adresse :			
مبلغ المصاريف : <b>8.000</b> Dhs. Montant des frais :			
عدد الوثائق المرفقة : <b>4</b> Nombre de pièces jointes :			
تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste			
المستفيد من العلاجات : <b>EL GHENAM Rahma</b> Bénéficiaire des soins :			
الاسم العائلي والشخصي : <b>EL GHENAM Rahma</b> Nom et prénom :			
تاريخ الازدياد : <b>10/3/1964</b> Date de naissance :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>13 424 129</b> N° de la Carte d'Identité Nationale :			
الجنس : <b>أنثى</b> F <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/>			
تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste			
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : <b>1031041964</b> N° INP			
نوع العلاجات : <b>علاجات</b> Type de soins			
علاجات* <input checked="" type="checkbox"/>			
البدلة السنية* <input type="checkbox"/>			
تقويم الأسنان الوجهي* <input type="checkbox"/>			
علاجات أخرى* <input type="checkbox"/>			
رقم الموافقة المسبقة : <b>13 424 129</b> N° Entente préalable :			
في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : En cas d'accident précisez :			
تاريخ : <b>10/03/2022</b> Date d'accident :			
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.			
ب : <b>Casablanca</b> Fait à :		في : <b>10/03/2022</b> Le :	
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		توقيع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste	

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
 \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* وضع العلامة في الخانة المناسبة

# NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste: Dr. MAANANI WAFAA  
N° de l'INPE: 094 166 394  
N° de l'ICE: 00276529000069  
N° de l'IF: 50101039

Date 08/03/2022

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
CS	CS	08/03/12	Dr -		2000 DH	

Montant global: 2000 DH

Mode de paiement ☐ Espèces ☐ Chèque

Signature et cachet

Adresse :

Téléphone :

Fax :

E-mail :



Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris v
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat d'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie

INPE:09.402.75.47/ ICE : 001668421000015/N° Patente : 36362364/IF :144498/n° CNSS:4157378

Casablanca le08/03/2022

## FACTURE

**EL GHENAM RABIA**

**Radiographie cone beam**

**Z42**

**Totale**

**800dhs**

Professeur BAITE Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
AL MIARAJ Centre, angle Bd. Anoual  
3ème étage n°41  
Tel: 0522 86 59 86 / 83

AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca

Tel: 05 22 86 59 86

Mail: centredrbaite@gmail.com