

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07719

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : CONJOINT

Nom & Prénom : CHOUAICHAA ARDEL HACH

Date de naissance : 01/01/61

Adresse : 55 RUE ENNARJICK ISMAÏL JOUR CASA

Tél. : ..... Total des frais engagés : # 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL GHENIAM RABIA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

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 : CASA BLANCA

Le : 01/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



INN

	<p><b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b></p> <p><b>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</b></p>	 الصندوق الاجتماعي لضمان المرض <b>CNSS</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  REF : 610 2 06 : مرجع رقم Page : 1
	Référence structurée : 220515932905747	Emis à Casablanca le : 04/05/2022	
	<b>Identifiant de la famille</b> تعریف العائلة	EL GHENAM RABIA RUE ENNARJISS IMM 55 APT 8 HAY RAHA CASABLANCA 1600	
	N° d'immatriculation: 116255631 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement		
	<b>Informations :</b>	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	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض 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>Total général remboursé</b>										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

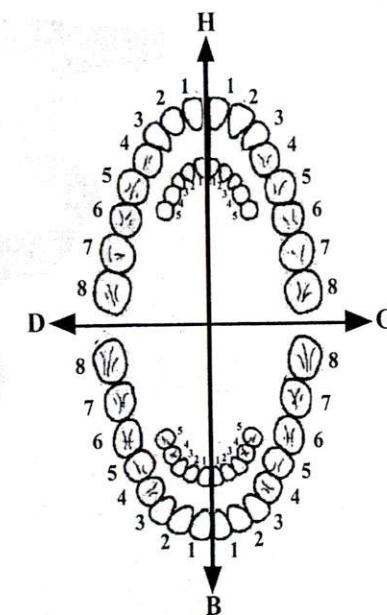
Commentaire REJET DU CONE BEAM

## وصف العمليات المجردة

Description des ordonnances		جريدة الوصفات
تاريخ التفويض Dates d'exécution	المبلغ المغفور Prix facturé	توقيع و طابع العيادني أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : 		
INP : 		

### Description des actes effectués

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 المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
CS	CS	٢٨/٣/٢٢	Dr	-	٦٢٠	Centre Dentaire M. Dr. Wafaâ Maâna Médecin Dentiste 14, Bd Yacoub El Mansour N° 5 Tél: 0522 73 50 51



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

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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 un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

**Signature et Cachet de l'Agence**

## التعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الاشعة او المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المستردة واثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للصسان 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Date d'admission :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

### Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة*	تنفيذ*
Entente préalable*	Exécution*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  
Ref. : ANAM 1.2.0.01  
Ref. : 610-1-04

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : EL GHENNA M Rahma

N° Immatriculation : ١١٦٢١٥٦٣٤

N° de la Carte d'Identité Nationale :

١٤٢٦١١٢٩

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  Lui même  مو نفسه

Adresse : ٥٥ Rue ENARTIS APP 8 Zone Étage Hay Erraha Casablanca

Montant des frais : ٨٥٧٠ درهم

Nombre de pièces jointes :

٤

### تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات :  
الاسم العائلي والشخصي : EL GHENNA M Rahma

Date de naissance : ١٥٣٠٤١٩٦٤

N° de la Carte d'Identité Nationale :

١٣٤٢٦١١٢٩

Sexe\* :

M  ذكر F  أنثى

### تعريف الطبيب المعالج

نوع العلاجات :  
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

Soins\*  Consultation Dentaire Marocain

Prothèse\*

Orthodontie faciale\*

Autres\*

N° Entente préalable :

En cas d'accident présez

Date d'accident

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca Date : ١٥٣٠٤٢٠١٧  
Le : ١٥٣٠٤٢٠١٧ في : Casablanca

Signature de l'assuré (e) :

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste :

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

در. فوزي، ملحة دافر، قدر البيضاء من، بـ 2186، قدر البيضاء، محفظة، رقم على الاشتراك : 05 22 54 86 07 - 05 22 54 86 73 - ملك : Maison de l'Assuré-Place de DAKAR-Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone: 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73-Web:www.cnss.ma

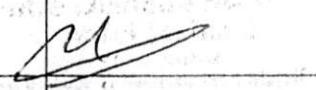
مركز الاتصال 08200 7200

ضع 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 07/03/2022

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليates Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة الماء Valeur Clé	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
CS	CS	08/03/2022	D	-	200 DH	
						
						
						

Montant global : 200 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 '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**

AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca  
Tel: 0522 86 59 86 / 83  
el bd Abdelmoumen,3 eme etage n°41  
AL Miaraj Centre, angle Bd. Anoual  
Chirurgien Dentiste  
PROFESSIONNEL DR BAITE Mohamed

AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca  
Tel: 05 22 86 59 86  
Mail: centredrbaite@gmail.com