

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

- 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 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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0004375

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAY
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ANOUAR
 Date de naissance : 16-08-1976
 Adresse : CP Rue 8 2038 Hay EL BACH
 Tél. : 666449102 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BELBEK JOURA Age : 67 ans
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/11/22

Signature de l'assuré (e) : 
 Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste : 

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

*ضع العلامة في الخانة المناسبة

دار المؤمن- ساحة دافار- الدار البيضاء من ب. 2186 دار البيضاء المحطة الهاتف 05 22 54 86 07 الفاكس : 05 22 54 86 73 الموقع على الانترنت : www.cnss.ma
 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Dr. Zakaria MOUAKIT

— عيادة النور لطب الأسنان —
CABINET DENTAIRE ANNOUR

وقاية - علاج الأسنان - أمراض اللثة - جراحة و زراعة الأسنان - تقويم الأسنان
PROPHYLAXIE - SOINS DENTAIRES - PARODONTIE - ORTHODONTIE - CHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE FIXE ET MOBILE

Casablanca le 03/02/2011

Facture

Document de l'acte réalisé par

BelBEIKS pour remonte 400,000

(Remonte dentaire)

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباريRELEVÉ DES PRESTATIONS
AMOمديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 221022888559895

Emis à Casablanca le : [] [] [] []

Identifiant de la famille تعريف العائلة

BELBEKRI TOURIA
99 RUE DES ROSES HY ERRAHA
CASABLANCA 2020N° d'immatriculation : 175684128
Règlement du mois : 10/2022
Mode de paiement : Virement

معلومات :

Informations :

مرجع الإستمارة بالإستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	الطوات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أسس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
BELBEKRI TOURIA										
093837508	03/10/2022	Z	MR MOUAKIT ZAKARIA	60,00	60,00	1,00	1,00	60,00	70	42,00
093837508	03/10/2022	D	MR MOUAKIT ZAKARIA	340,00	175,00	1,00	1,00	175,00	70	122,50
Total remboursé pour TOURIA										164,50
Total général remboursé										164,50

ما عدا خطأ أو نسيان

Cabinet: Dr Mouakit ZAKARIA

Adresse cabinet: 44 Rue Alwouroud 1er Etage Appt 2 Hay Raha Beauséjour

Num dossier:

Patient: belbekri, touria

Date naissance: 15/05/1956

Type: Intra-oral



Indication:

28

Commentaire:

extraction

03/10/22

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'E' or similar character.