

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

N° W19-467694

AS6356

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12161 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Karim El Alacemi Asmaa

Date de naissance : 12/16/1

Adresse :

Tél. : 0662265972 Total des frais engagés : Dhs

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 06/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

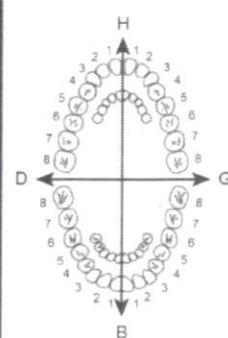
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06

الصفحة

N° d'immatriculation 133927362 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 17/01/2023 من :
au : 17/01/2023 إلى :

Destinataire المُرسل إليه

EL YOUSFI TAHA

المرسل إلى

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنابيات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التغويض	نسبة التغويض	تاريخ ارسال الاداء	مبلغ التغويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL YOUSFI SAMY											
80471361	22/12/2022	DM71	CHIRURGIE DENTAIRE	700,00	262,50	1.00	2,00	525,00	70,00	17/01/2023	367,50
Total remboursé				مجموع مبلغ التغويض				367,50			
Total général remboursé				مبلغ التغويض الاجمالي				367,50			

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

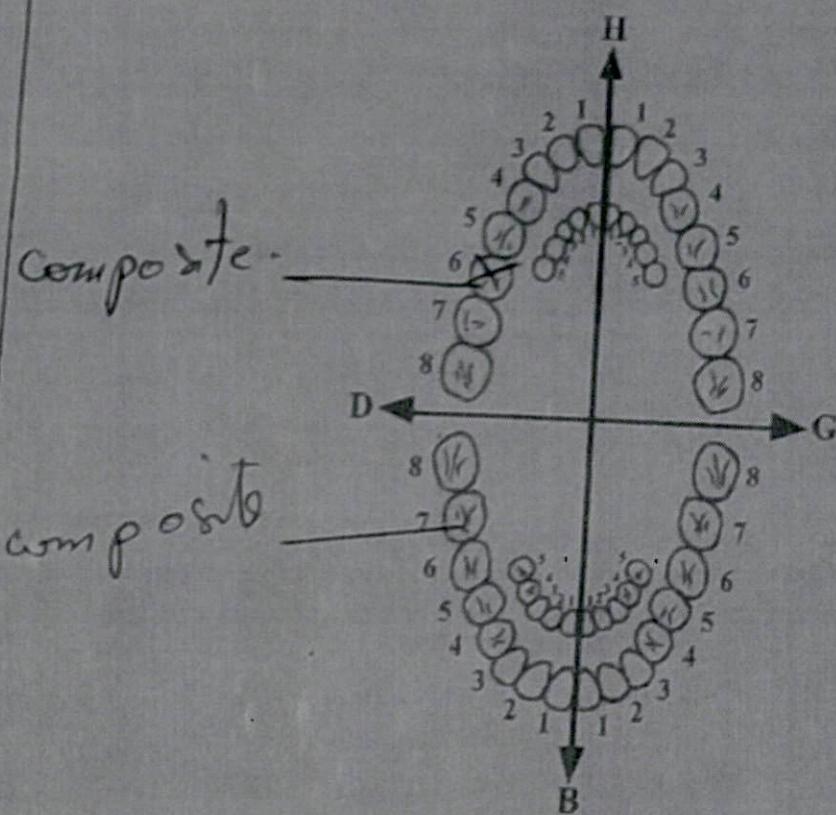
Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
80 203 3333 / 080 200 720

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو الزيارة الأكثر ثانية للمدونة لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمحبيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال والضمان على الأرقام

Description des actes effectués								وصف العمليات المجرأة
لسان سالمة Dents traitées	رمز عمليات Code des actes	التاريخ العمليات Dates des actes	معدل العمليات Letter clé- Classification NCAP	قيمة المعدل Value CJ6	المبلغ المغور Montant à verser	نحو و ملء طب الأسنان Signification et remplissage	نحو و ملء طب الأسنان Signification et remplissage	نحو و ملء طب الأسنان Signification et remplissage
16		22/12/22 Composite			40000	Dr. EL YAZAMI HASSAN CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE EN PARODONTIE IMPLANTOLOGIE ET LASER N° 55, 80 ZERATOUNI, ANGLE RUE SEBTA 2 ETAGE - CASABLANCA - TEL : 022.20.05.52	Dr. EL YAZAMI HASSAN CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE EN PARODONTIE IMPLANTOLOGIE ET LASER N° 55, 80 ZERATOUNI, ANGLE RUE SEBTA 2 ETAGE - CASABLANCA - TEL : 022.20.05.52	
47		28/12/22 Composite	D 70		30000	Dr. EL YAZAMI HASSAN CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE EN PARODONTIE IMPLANTOLOGIE ET LASER N° 55, 80 ZERATOUNI, ANGLE RUE SEBTA 2 ETAGE - CASABLANCA - TEL : 022.20.05.52	Dr. EL YAZAMI HASSAN CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE EN PARODONTIE IMPLANTOLOGIE ET LASER N° 55, 80 ZERATOUNI, ANGLE RUE SEBTA 2 ETAGE - CASABLANCA - TEL : 022.20.05.52	



Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

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