

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 003459 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Venue

Nom & Prénom : VENUE EL MANSOURI née Mekouar Rajae

Date de naissance : 13/11/1961

Adresse : Rue N° 8 El mab 62 Appt 4 quartier Mayola
Hay Hassani Casablanca

Tél. : 07.07.79.64.84 Total des frais engagés : 14.00,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M EKOVAR RAJAE Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

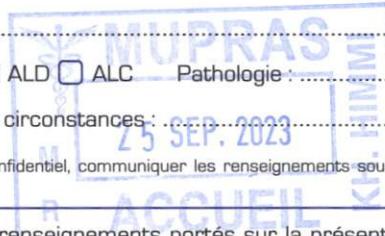
Lien de parenté :

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 : 28/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Déclaration de Maladie

M22- 0021527

✓ 26/08

Instructions à suivre

Établir 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 mes 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 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 empreinte de l'agent
Cachet et Signature de l'Agence

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier : تاریخ الایجاد :

Instructions à suivre

Établir 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 mes 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 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.

Offrir 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 mes 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 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.

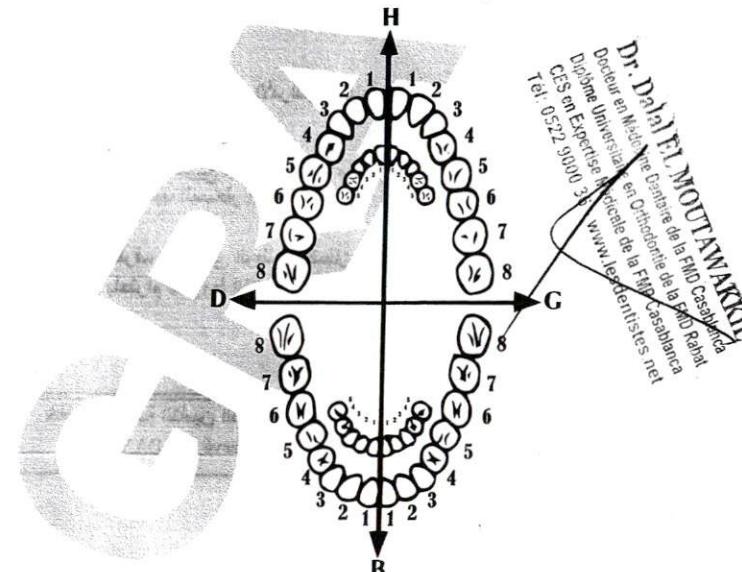
Signature et empreinte de l'agent
Cachet et Signature de l'Agence

Date d'arrivée : تاریخ الاستلام :

ال耷الجات المتعلقة بالأسنان	Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
 المعلم الاجتماعي CNSS CNSS	* موافقة مسبقة* Entente préalable*	* تنفيذ* Exécution*
خاص بالمؤمن له (ها)		
الاسم العائلي و الشخصي :		
Nom et prénom :		
رقم التسجيل :		
N° Immatriculation :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
N° de la Carte d'Identité Nationale :		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		
Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> هو نفسه		
العنوان : Adresse : N° 8, 1er étage, 6ème étage, quartier magana, Casablanca		
مبلغ المصاريض :		
Montant des frais : درهم Dhs.		
عدد الوثائق المرفقة :		
Nombre de pièces jointes :		
تصريح طبيب الأسنان		
Bénéficiaire des soins :		
ال المستفيد من العلاجات :		
الاسم العائلي و الشخصي :		
Nom et prénom :		
Tariheez azidaya :		
N° de la Carte d'Identité Nationale :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
جنس*: M <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		
تعريف الطبيب المعالج		
Bénéficiaire du Médecin Dentiste		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :		
N° INP : Dr. MOUTAWAKIL		
نوع العلاجات		
Type de soins : ملخص طبي		
Soins* : E : 094763573		
علاجات *		
البدلة السنية*		
Treatment dentaire*		
Orthodontie faciale*		
Autres*		
نوع المعاشرة المسبقة :		
N° Entente préalable : En cas d'accident précisez accident		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : Le : تاریخ المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)		
..... Dr. MOUTAWAKIL Dentist and Orthodontist Cabinet et Signature du Chirurgien Dentiste Cabinet et Signature en Orthodontie de la FMD Casablanca Tél: 0522 900 36 - www.las-dent.com Dr. MOUTAWAKIL Dentist and Orthodontist Cabinet et Signature du Chirurgien Dentiste Cabinet et Signature en Orthodontie de la FMD Casablanca Tél: 0522 900 36 - www.las-dent.com		
..... Dr. MOUTAWAKIL Dentist and Orthodontist Cabinet et Signature du Chirurgien Dentiste Cabinet et Signature en Orthodontie de la FMD Casablanca Tél: 0522 900 36 - www.las-dent.com		
*ضع العلامة في المكان المناسب		

Description des ordonnances		جريدة الوصفات
تاريخ التفقيض Dates d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

Description des actes effectués							
اسنن معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Valeur Clé + Courtage NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	شنان Signature	
18/12/3	Dr. Dala EL MOUTAWAKKI Docteur en Médecine Dentaire de la FMD Casablanca Diplôme Universitaire en Orthodontie de la FMD Rabat CES en Expertise Médicale de la FMD Casablanca Tél: 0522 9010 36 - www.esdentistes.net						



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقاً للدليل العمليات المهنية.



CENTRE DENTAIRE
& D'ORTHODONTIE
OULFA

Dr. Nabil HACIB

Docteur en Médecine Dentaire de la
FMDR

Diplômé Universitaire en
Orthodontie de la FMDR

Certifié en Orthodontie Linguale & Invisible

CES d'Expertise Médicale et Réparation
du Dommage Corporel de la FMPC

Diplômé en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier - Toulouse

Dr. Dalal EL MOUTAWAKIL

Docteur en Médecine Dentaire de la
FMDR

Diplômée Universitaire en
Orthodontie de la FMDR

Certifiée en Orthodontie Linguale & Invisib

CES d'Expertise Médicale et Réparation
du Dommage Corporel de la FMPC

Diplômée en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier - Toulouse

Casablanca, le 18/7/23

Neke Van Rajee

Rx panoramique

Vue C

DR. DALAL EL MOUTAWAKIL
Centre de Radiologie El Oulfa
Sd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel : 05 22 93 04 93

Dr. Nabil Hacib
Centre de Radiologie El Oulfa
Sd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel : 05 22 90 00 36

CENTRE DENTAIRE & D'ORTHODONTIE OULFA

Bd. Oum Rabii, Rue 50 Groupe "Q" N°3 - Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 90 00 36

Web : www.lesdentistes.net



**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
مراجع رقم : 610-2-06

	Emis à : Le : 30/08/2023	CASABLANCA أصدر ب : بتاريخ : 30/08/2023	Page 1 / 1
N° d'immatriculation Règlements de la période du : 30/08/2023 : من au : 30/08/2023 : إلى	Destinataire MEKOUAR RAJAE		

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
MEKOUAR RAJAE											
127870521	27/06/2023	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	400,00	210,00	12.00	1,00	210,00	70,00	30/08/2023	147,00
127870521	27/06/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	1600,00	175,00	10.00	4,00	700,00	70,00	30/08/2023	490,00
127870518	18/07/2023	C	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	80,00	1.00	1,00	80,00	70,00	30/08/2023	56,00
127870518	18/07/2023	T151	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	160,00	16.00	1,00	160,00	70,00	30/08/2023	112,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف
او الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
او الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

EL OULFA

RADIOLOGIE



**مركز الفدص بالأشعة
العلفة**

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

Dr Bouchaïb EL MDARI

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 18/07/2023

PATIENT

: MEKOUAR RAJAE

MEDECIN TRAITANT

: DR. HACIB Nabil

EXAMEN(S) REALISE(S)

: RX . PANORAMIQUE

- Dentition incomplète.
- Soins et caries dentaires éparses.
- Parodontopathie avancée.
- Résorption de l'os alvéolaire plus marquée au niveau maxillaire.
- Procidence du fond des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Les ATM sont d'aspect normal.

Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue
Radiologie El Oulfa

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd Oum Rabii , Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél : 05 22 93 04 93

Confraternellement
DR. ELMDARI BOUCHAIB

N.C**

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 18/07/2023

FACTURE N°07528/2023

NOM & PRENOM: MEKOUAR RAJAE

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC



Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-ouffa@.com