

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Optique :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2289

Société

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : DIAHES

Date de naissance : 20.05.1964

Adresse : Rue 2, Imm. 78, 2, ATTADAMOUN

Téléphone : 06 66 80 73 76

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 : 04.09.19

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

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien.	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a three-dimensional coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top. The horizontal axis pointing left is labeled 'D'. The horizontal axis pointing right is labeled 'G'. The bottom axis pointing down is labeled 'B'. The system features a grid of points arranged in a hexagonal pattern. Each point is marked with a circled number representing its value along the H-axis. The values are as follows: the central point is circled '1'; the points immediately above and below it are circled '2'; the points diagonally adjacent to the center are circled '3'; the points two steps away from the center are circled '4'; the points three steps away are circled '5'; the points four steps away are circled '6'; the points five steps away are circled '7'; and the points six steps away from the center are circled '8'. This pattern repeats in all directions from the central point.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																																																																															
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><b>O.D.F. Prothèses dentaires</b></td><td></td><td colspan="3">Détermination du coefficient masticatoire</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td><td>G</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="5">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> <tr> <td colspan="2">Visa et cachet du praticien attestant le devis</td> <td colspan="3">Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>VOLET ADHERENT</b></td> <td colspan="3">NOM : _____ Mle _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DECLARATION N°</td> <td colspan="3">W18-388211</td> </tr> <tr> <td>Date de Dépot</td> <td>Montant engagé</td> <td colspan="3">Nbre de pièces Jointes</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</td> </tr> </tbody> </table>					SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient											<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire					H			D	25533412 00000000	21433552 00000000	G			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'exécution			<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : _____ Mle _____			DECLARATION N°		W18-388211			Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>					Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																																																																											
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire																																																																													
		H																																																																													
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G																																																																												
	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'exécution																																																																													
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : _____ Mle _____																																																																													
DECLARATION N°		W18-388211																																																																													
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																																																																													
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>																																																																															
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																																																																															

<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-388211	DATE DE DEPOT /...../201...	
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2289		Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom : <u>DANIEL Mustapha</u> Fonction : <u>Retraité</u> Phone : <u>0666807376</u> Mail :				
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient _____ Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age _____ Date _____ Nature de la maladie _____ Date 1ère visite _____				
<u>Complément</u>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances _____				
Nature des actes _____ Nbre de Coefficient _____ Montant détaillé des honoraires _____				Signature et cachet du médecin
<b>PHARMACIE</b> Date _____ Montant de la facture _____				Signature et cachet du Pharmacien
<b>ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES</b> Date : _____ Désignation des Coefficients _____ Montant détaillé des Honoraires _____				<b>CACHET</b>
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : _____ Nombre _____ Montant détaillé des Honoraires _____ AM PC IM IV				<b>CACHET</b>



**Description des actes effectués**

وصف العمليات المجرأة		العمليات		وقت العميليات	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
17.6.13	6		350.00	P. JARAHI UNIDRASSI F. DR. RAYAKI DAHNE 22.3.6.4.3.17.1.29 VAT 16.22.3.6.4.3.17.1.29	
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10

**Actes Paramédicaux**

عمليات المساعدين الطبيين		العمليات			
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres					
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

 **عمليات الإحياء، الأشعة والصور**
**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé
INPE et code à Barres				
1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

 **جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمعة**
  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	التاريخ التفيذية Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé
PHARMACIE SARANAZ S. A. R. L. A. U. 140 Lot Smaïda Lissasta Casablanca Tunisie 33 22 65 20 07	12.06.13	189,20
INPE et code à Barres	1013120161515A	
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1	

**Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire**

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**الأستاذ رشيد الجرموني IDRISI**

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناسلية

Mme SAÏD et DAUDE & Nagat

Casablanca, le 17-1-15 الدار البيضاء، في

38, P

Furidose crème



et sur les les 40

du dos x 15j

Nagat

Kéracild



1 sur sur 2 sur

les lésions part des

pas chargé de

Argil

PT JARMOUNI IDRISI  
DERMATOLOGIE  
203 Bd Zerkouni Casablanca  
Tél: 05 22 36 43 17

PHARMACIE SARANAZ

S.A.R.L.A.U  
140 Lot Smiralda Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>eme</sup> étage - Casa 203 شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع - البيضاء -

الفاكس : 05 22 36 43 68 - الهاتف: 05 22 36 43 17/27

GSM: 06 48 12 22 62 - Email: cabinetdermatologie.jr@gmail.com



**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  
مرجع رقم :**

**Page 1 / 1**

**الصفحة**

**المرسل إليه**

N° d'immatriculation 133442633      رقم التسجيل  
Règlements de la période      أداءات الفترة  
du : 01/07/2019      من :  
au : 31/07/2019      إلى :

**Destinataire**

SAOUDI NAJAT

LOT ATTADAMOUN RUE NO 2 IMM NO 78 RDC NO  
2 CHERAM OULFA 20200 CASABLANCA-MAROC

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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	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	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>SAOUDI NAJAT</b>											
54495579	17/06/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	150,00	1,0	1,00	150,00	70,00	25/07/2019	105,00
54495579	17/06/2019	PH	PHARMACIE	189,20	28,00	1,0	1,00	28,00	70,00	25/07/2019	19,60
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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](http://www.cnss.ma)

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتفي

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو المساند على الأرقام