

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-681354

115097

complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.	
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).		يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).	
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.	
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.	
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.		يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان 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.	
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.	
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.	
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.		كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.	
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.	
توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence		خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO	
Identification de l'agent :		تاريخ الإيداع :	
Date de dépôt du dossier :		تاريخ الاستلام :	

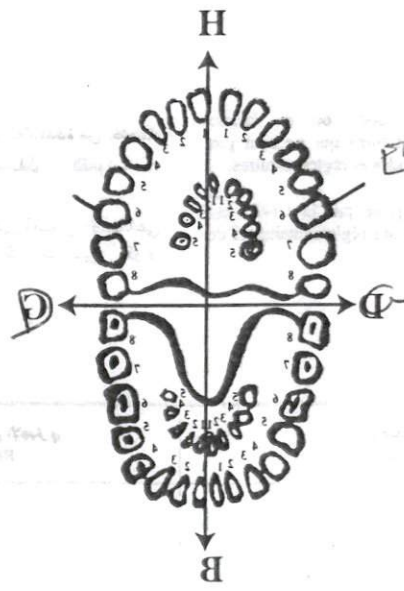
ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
		موافقة مسبقة* Entente préalable*	
تنفيذ* Exécution*		مرجع رقم : 610-1-04	
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)			
الاسم العائلي والشخصي : <u>زينب الدين</u> Nom et prénom :			
رقم التسجيل : <u>165948930</u> N° Immatriculation :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>BE686086X</u> N° de la carte d'Identité Nationale :			
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)* Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *			
هو نفسه ☐ Lui-même زوج ☐ Conjoint ابن ☐ Enfant			
العنوان : <u>رقعة الغرابية ح. السميحة</u> Adresse :			
مبلغ المصاريف : <u>54420</u> Dhs. Montant des frais :			
عدد الوثائق المرفقة : <u>6</u> Nombre de pièces jointes :			
تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste			
المستفيد من العلاجات Bénéficiaire des soins			
الاسم العائلي والشخصي : <u>Zinebline SAHRA</u> Nom et prénom :			
تاريخ الميلاد : <u>11/11/1992</u> Date de naissance :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>111111111</u> N° de la carte d'Identité Nationale :			
الجنس : * أنثى ☒ F ذكر ☐ M Sexe* :			
تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste			
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : <u>064019292</u> N° INP			
نوع العلاجات Type de soins			
علاجات* ☐ Soins*			
البدلة السنوية* ☐ Prothèse*			
تفويم الأسنان الوجهي* ☐ Orthodontie faciale*			
علاجات أخرى* ☐ Autres*			
رقم الموافقة المسبقة : <u>111111111</u> N° Entente préalable :			
في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : En cas d'accident précisez :			
تاريخ : <u>11/11/1992</u> Date d'accident :			
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques.	
Fait à : <u>ب</u> Le : <u>11/11/1992</u> توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré(e)		Fait à : <u>Bench</u> Le : <u>11/11/1992</u> Cachet et signature du praticien	
Identification de l'agent :		* ضع العلامة في الخانة المناسبة INP : Identification Nationale du Praticien Cocher la mention utile pour chaque case	

Description des ordonnances		جرد الوصفات
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16/03/22	24420	PHARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmina Barrochid Tél. 05 22 53 31 88
INP : 062057401		
INP :		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ الملاحظات Date des actes	رمز الملاحظات Code des actes	معامل الملاحظات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ الملاحظات Date des actes	رمز الملاحظات Code des actes	معامل الملاحظات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
NP :					
NP :					

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
26	Ex	14/3/22	D6 Ex	-	300 m	DR ABDOUMOUSSEME NAIMA Chirurgien Dentiste 05 22 53 31 88



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 طبقا لدليل العمليات المهنية.

Docteur Naima ABOUMOUSLIME

CHIRURGIEN - DENTISTE

ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



الدكتورة نعيمة أبو مسلم

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

برشيد في : Berrechid le : 16/03/22

The Zimmedine Sonine

75,50x2 Dispinazole up (2 bords) 1's
up 3x8

46,60x2 Demid Dongo (2 bords) 1's
up 3x15

244,20

Dr ABOUMOUSLIME NAIMA
Chirurgien Dentiste
Rue Moussa Bnou Nouceir-Berrechid
Tél 05 22 33 67 32
ICE 001867013000094

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNOU NAFIS
HAY Yasmima Berrechid
Tél. 05 22 53 31 88

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNOU NAFIS
HAY Yasmima Berrechid
Tél. 05 22 53 31 88

97, شارع موسى بن نصير رقم الشقة 8 الطابق 2 (قرب المقاطعة الثانية) - الهاتف : 05 22 33 67 32

97, Bd Moussa Bnou Nouceir Annt 8 - 2 ème Etage - Berrechid - Tél : 05 22 33 67 32

BISPIRAZOLE 

Spiramycine 1,5 MVA et Métrondazole 250 mg

15 Comprimés sécables



6 118000 04093

BISPIRAZOLE 

Spiramycine 1,5 MVA et Métrondazole 250 mg

15 Comprimés sécables



6 118000 04093

xénid 50mg 

30 comprimés enrobés



6 118000 140511

xénid 50mg 

30 comprimés enrobés



6 118000 140511

ABDOMINAL
CHRONIC
PAIN
10/10/10
10/10/10
10/10/10

Docteur Naima ABOUMOUSLIME
CHIRURGIEN - DENTISTE
ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



تتورة نعيمة أبو مسلم
طبيبة جراحة للأسنان
ة كلية الطب بالدار البيضاء

Berrechid le : 16/3/22 برشيد في :

NOTE D'HONORAIRE

Je Soussignée Dr Aboumouslime Naima Médecin
dentiste avoir réalisé pour : M. ezine Sime SPINER

☒ Des Soins dentaire (s) le 16/3/22 pour

☐ de prothèse dentaire le

la somme total de 300 rns

N : ICE : 00 18 67 013 0000 9L

N : IF : 92 911120

N : INP : 06401929E

Dr ABOUMOUSLIME NAIMA
Chirurgien-Dentiste
Rue Moussa Bnou Nouceir
Tél. 05 22 33 67 32
ICE 001867013000094

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220414922942925	Emis à Casablanca le : 	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 165948930 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement	ZINEDDINE SAMIRA 10 RUE EL FARABI YASSMINA BERRECHID 2610	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
ZINEDDINE SAMIRA										
092563054	14/03/2022	D	MME ABOUMOUSLIME NAIMA	300,00	175,00	1,00	1,00	175,00	70	122,50
092563054	14/03/2022	PH	PHARMACIE YASMINA	244,20	244,20	1,00	1,00	244,20	70	170,94
Total remboursé pour SAMIRA										293,44
Total général remboursé										293,44

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان