

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.

Educations :

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.

Maladie :

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0017473

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TRACHU MED Date de naissance : 24/08/77
Adresse : 10 LOT PICH M MUPRAS RUE ALPHONSE
Tél. : 0661 46 41 68 Total des frais engagés : 1200 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Rbr complémentaire Age : 35
Nom et prénom du malade : Rbr complémentaire
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 : CASA

Le : 16/07/19

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

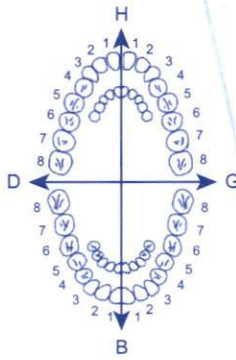
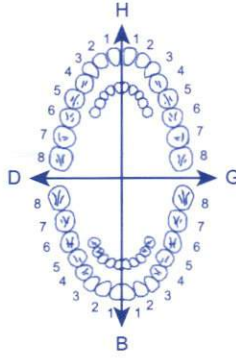
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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	
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي التغطية الصحية CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 190787393870275	Emis à Casablanca le : 04/07/2019	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 198693627 Règlement du mois : 07/2019 Mode de paiement : Virement	TRACHLI MOHAMED 10 LOT RAYAD ANDALOUS RES ALMERIA CALIFORNIE CASABLANCA 2015		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
MEGZARI HANANE										
054498542	06/05/2019	D	CHIRURGIEN	800,00	175,00	1,00	2,00	350,00	70	245,00
054498542	06/05/2019	D	DENTISTE	400,00	210,00	1,00	1,00	210,00	70	147,00
Total remboursé pour HANANE										392,00
Total général remboursé										392,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir 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 les 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et Signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

الصحي الإجباري
Direction de l'Assu
Obligato

Réel : 610-1-04

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : TRACHLI Mohamed

N° Immatriculation : 198693627

N° de la Carte d'Identité Nationale : B380580

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

فيد و المؤمن له (لها)*

Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ Lui même ☐ هو نفسه

Adresse : 10 Lot Riad AL ANDALOUS DES ALGER
Californie CABA

Montant des frais : درهم 1200 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 01

Déclaration du Chirurgien Dentiste

تصريح طبيب الأسنان

Bénéficiaire des soins :

Nom et prénom : TRACHLI Mohamed

Date de naissance : 05/12/1967

N° de la Carte d'Identité Nationale : B2408534

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du Chirurgien Dentiste

تعريف الطبيب المعالج

N° INP 198693627

Type de soins

Soins* ☒

Prothèse* ☐

Orthodontie faciale* ☐

Autres* ☐

N° Entente préalable :

En cas d'accident préisez

Date d'accident

تحديد ما يلي :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus sin

Fait à : CABA
Le : 19/05/2019
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

Fait à : CABA
Le : 19/05/2019
توقيع وطابع طبيب الأسنان
Cachet et Signature du Chirurgien

جرد الوصفات

تاريخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP: []		
INP: []		

عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

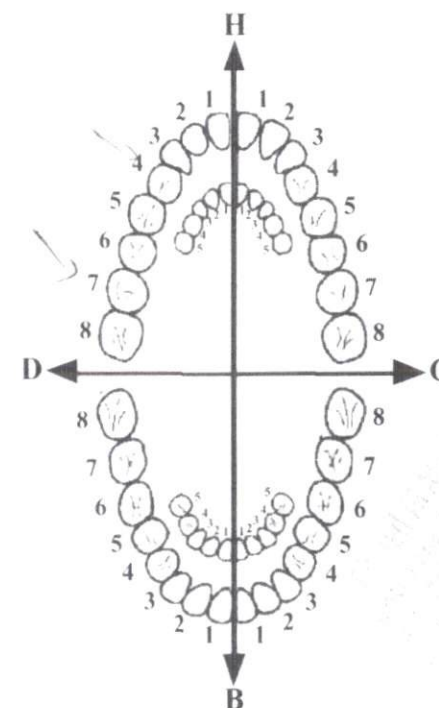
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
NP: [][][][][][][][][][]					
NP: [][][][][][][][][][]					

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

المجراة،

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	أب طبيب الأسنان Signature et Cachet Dentiste
14	CMP	6/5/19	D10		400	
12	CMP	7	D10		400	
Defaut	Defaut	14/5/19	2126		400	



Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie

Implantologie – Prothèse fixée

Et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



دكتور أحمد العلوي بو حميد

طبيب جراحي للأسنان

تخصصي في امراض اللثة

الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca, le 14/05/2019

FACTURE N° 441F2018

Patient(e): TRACHLI hanane

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
DET	0	Toutes	400,00 DH
OBTURATION AU COMPOSITE	0	14	400,00 DH
OBTURATION AU COMPOSITE	0	17	400,00 DH
TOTAL			1.200,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Mille deux cent DH

Signature du Praticien

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas Casablanca
Tel: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81