

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.

Prothétique :

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.

RAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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- 6017473

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : RATM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TRACHETI HED Date de naissance : 24/06/1978

Adresse : 1007 Riad 12 ANDALOUS Rue Almeria

Tél. : 0661 466 91 68 Total des frais engagés : 12000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Rbr couple mère 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.

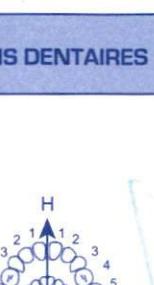
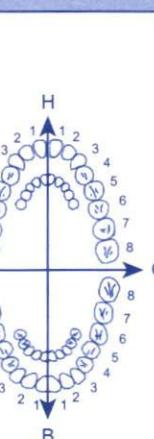
Fait à : CASAB Le : 16/10/21 113

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des ces	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
achet et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.															
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
18 JUIL. 2013															
MONTANTS DES SOINS															
BPA CPLT DEBUT CAR CNSS d'EXECUTION															
FIN D'EXECUTION															
D32 x 14 = 468 292															
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B	00000000	00000000												
	G	35533411	11433553												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
5670															
MONTANTS DES SOINS															
JUL															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

	<p>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</p> <p>RELEVE DES PRESTATIONS AMO</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	
			REF : 610-2-06 : مرجع رقم	
	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 :	معلومات :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة 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 DENTISTE	800,00	175,00	1,00	2,00	350,00	70	245,00
054498542	06/05/2019	D	CHIRURGIEN 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

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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et Signature de l'Agence

خاص ب مديرية 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'Assurance Obligatoire

Réf. : 610-1-04

خاص بالمؤمن له (لها)

: :

Nom et prénom : TRAHLI MOHAMED

N° Immatriculation : 198693627

BNB 0,580

طبية :

ديد والمؤمن له (لها)

N° de la Carte d'Identité Nationale :

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

Conjoint زوج Enfant ابن Lui-même هو نفسه

Adresse : 10 lot Riad Al Andalous DES ALZER
Californie CASA

Montant des frais : 1200 درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du Chirurgien Dentiste

Bénéficiaire des soins :

Nom et prénom : TRAHLI MOHAMED

Date de naissance :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste

N° INP : 1090016131

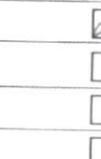
Type de soins

Soins*

Prothèse*

Orthodontie faciale*

Autres*

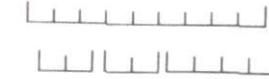


N° Entente préalable :

En cas d'accident précisez :

Date d'accident

تحديد ما يلي :



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

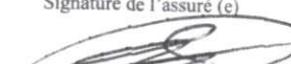
Fait à : CASA ب : CASA
Le : 19/01/2019 في : 19/01/2019

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

تحدة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus si

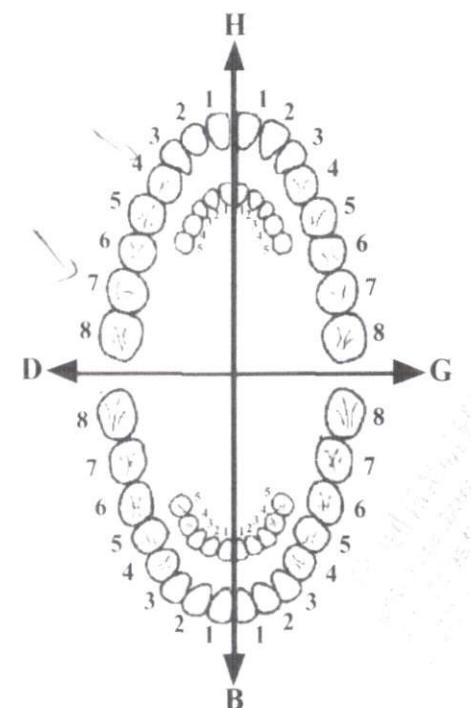
Fait à : CASA
Le : 19/01/2019

توقيع و طابع طبيب الأسنان
Signature du Chirurgien



Description des ordonnances		جرد الوصفات
تاريخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : 		
INP : 		

Description des actes effectués							الإجراءات
أيُّسنان معالجة Dents traitées	رمز الأطباء Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre élève Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوّت Montant facturé	ابع طبيب الأسنان Signature et Cachet Dentist	
14	cup	6/5/19	D10		400		
12	cup	1	D10		400		
26	cup	14/5/19	212		400		



Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid
 Docteur en chirurgie Dentaire
Spécialiste en Parodontologie
Implantologie – Prothèse fixée
Et Occlusodontie
 Diplômé de l'Université de LYON



تومر أحمد الطوي بو حميد
 طبيب جراحي للأسنان
 تخصصي في أمراض 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 946574, fax: 0522 345981