

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0033224

COMPLEMENT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702

Société : AS8008

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MAROURI MILOUA

Date de naissance : 21-01-48

Adresse : 51, Rue HASSANE Hay El HANA - CASA

Tél. : 06.62.24.36.03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KOUIKI Khedidja Age : /

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : / / / Le : / /

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 - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 in the upper arch and 1 to 8 in the lower arch. Letters H				

Instructions à suivre

تَعْلِيمات بِحَبِّ اتِّبَاعِهَا

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.

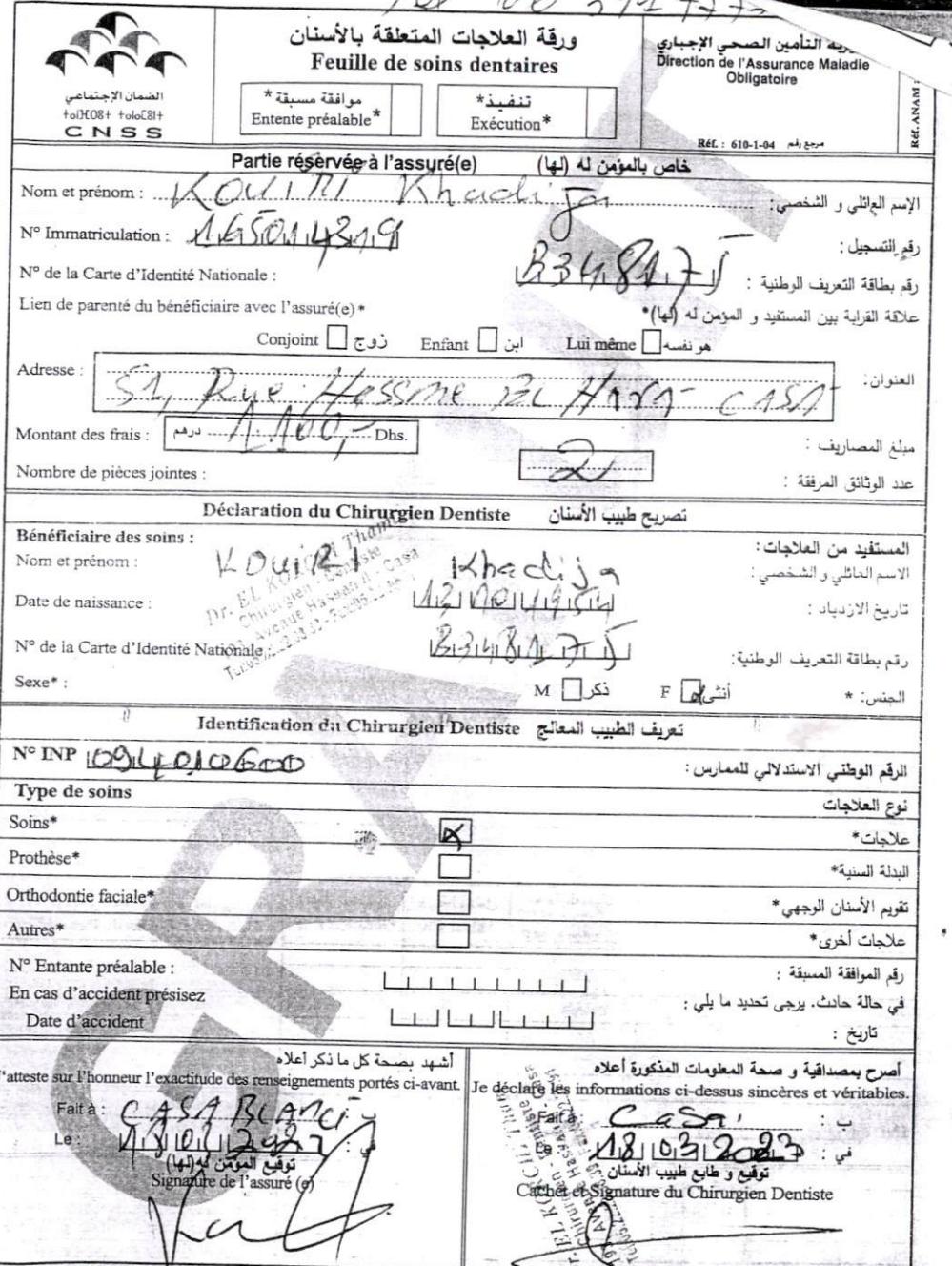
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date d'arrivée : :



- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

المومن - سادة ذاكرا - الفار يحيى من، بـ: 2186 الفار يحيى المصطفى - الهاتف: 05 22 54 86 73 - العنوان: 05 22 54 86 73 - العنوان: www.cnss.ma - Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone: 05 22 54 86 07-Fax: 05 22 54 86 73 - Web: www.cnss.ma

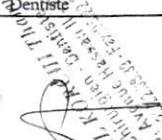
*ضع العلامة في الخاتمة المناسبة

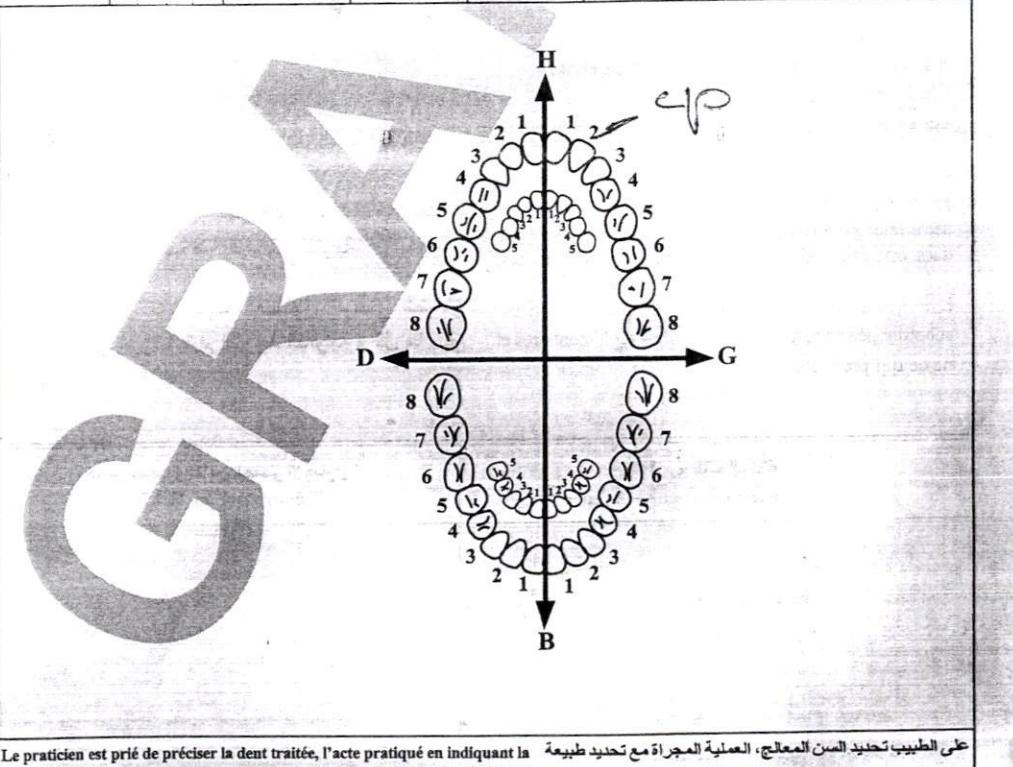
Description des ordonnances

جريدة الوصفات

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

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 المفوت Montant facturé	توقيع و طلبع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
22	R16 702	15/03 2023	① ①	6 15	500,00	
det	708 708	18/03 2023	① ①	12 12	600,00	



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معلماتهاطبقاً للنيل العلائق المهنية.

Docteur EL KORCHI THAMI

Chirurgien - Dentiste
Diplômé de la faculté de chirurgie
Dentaire de Marseille
Orthodontiste
DFM - DIJON

Casablanca le, 18/03/2023

FACTURE

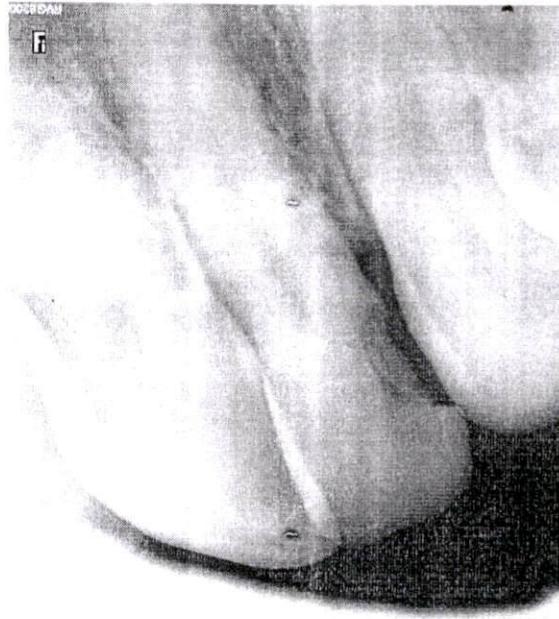
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
(MILLE CENT DIRHAMS) DETAILLEE COMME SUIT : POUR

- SOINS DENTAIRES 1100.00

PRODIGUES SUR ME KOUIRI KHADIJA.

Dr. EL KORCHI Thami
Chirurgien - Dentiste
193, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 052-213312-32-33-35

M DR. EL KORCHI Thami
KORCHI DENTAL 11/03/2023 # 22
193, Avenue Hassan II - Casa
Tel: 05.22.22.08.39 - Fax: 05.22.26.91



Dr. EL KORCHI Thami
Chirurgien-Dentiste
193, Avenue Hassan II - Casa
Tel: 05.22.22.08.39 - Fax: 05.22.26.91

Lin

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3

 الصندوق الاجتماعي لضمان康復 CNSS	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 : 610-2-06	
	Emis à : CASABLANCA Le : 12/04/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة المرسل إليه
Nº d'immatriculation 165014319 Règlements de la période du : 31/03/2023 : من au : 31/03/2023 : إلى		Destinataire KOUIRI KHADIJA		

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au 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
KOUIRI KHADIJA											
118381996	15/03/2023	T159	ORTHODONTISTES	100,00	60,00	6,00	1,00	60,00	77,00	31/03/2023	46,20
118381996	15/03/2023	D702	ORTHODONTISTES	400,00	262,50	15,00	1,00	262,50	77,00	31/03/2023	202,13
118381996	15/03/2023	D708	ORTHODONTISTES	600,00	210,00	12,00	1,00	210,00	77,00	31/03/2023	161,70
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض				410,03			
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي				410,03			

- 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
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجيب الإلكتروني على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام