

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0033224

COMPLEMENT

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AS8008  
Nom & Prénom : EL MAROURI MILOUA  
Date de naissance : 01-01-48  
Adresse : 51, Rue HASSANE Hay EL HANA - CASABLANCA  
Tél. : 06 62 243603 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : KOUIRI Khedija 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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



### RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

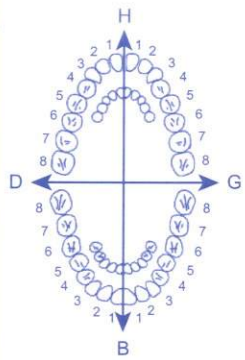
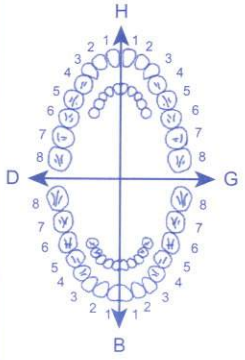
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            (Création, remont, adjonction)            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </div>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					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



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 و أمانتها 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 و الوثائق 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 جدد 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 التامين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع: \_\_\_\_\_

تاريخ الاستلام: \_\_\_\_\_



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

جهة التامين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-04

خاص بالمؤمن له (ها)  
Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي و الشخصي: Kouirei Khachiga

رقم التسجيل: 145014249

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B34817

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها): نفسه

العنوان: St. Rayer Hassine EL Hachiga - Casa

العنوان: St. Rayer Hassine EL Hachiga - Casa

مبلغ المصاريف: 1000 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة: 2

تصريح طبيب الأسنان  
Déclaration du Chirurgien Dentiste

المستفيد من العلاجات: Kouirei Khachiga

الاسم العائلي و الشخصي: Khachiga

تاريخ الإيداع: 145014249

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B34817

الجنس: مذكر

تعريف الطبيب المعالج  
Identification du Chirurgien Dentiste

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس: 1094010600

نوع العلاجات: علاجات

علاجات: علاجات

البلبة السنية: علاجات

تقويم الأسنان الوجهي: علاجات

علاجات أخرى: علاجات

رقم الموافقة المسبقة: علاجات

في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي: علاجات

تاريخ: علاجات

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

أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع و طابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste





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 SUIV : POUR

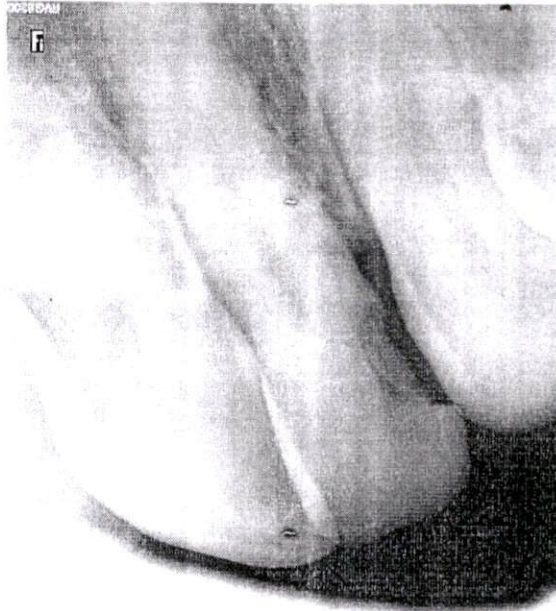
- SOINS DENTAIRES

1100.00

PRODIGES SUR ME KOUIRI KHADIJA.

Dr. EL KORCHI Thami  
Chirurgien - Dentiste  
193, Avenue Hassan II - Casa  
Tél: 0522 22 08 39 - Fax: 0522 26 91 65

M Dr. EL KORCHI Thami  
Kouiri KHADIM 03/2023 # 22  
193, Avenue Hassan II - Casa  
T: 05.22.22.00.39 - Fax: 05.22.26.91



Dr. EL KORCHI Thami  
Chirurgien - Dentiste  
193, Avenue Hassan II - Casa  
T: 05.22.22.00.39 - Fax: 05.22.26.91

Lin





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

Emis à : CASABLANCA  
Le : 12/04/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 165014319 رقم التسجيل  
Règlements de la période :  
du : 31/03/2023 : من  
au : 31/03/2023 : إلى

المُرسل إليه  
Destinataire  
KOUIRI KHADIJA

Veillez 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  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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 rembour- sement	Taux de rembours- ement %	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											410,03
Total général remboursé											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](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

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام