

# 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.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0041466

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2971 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL MEGHARY EL JARISSI MED  
Date de naissance : 13-11-50  
Adresse : Rue ACACIAS RES PERLA App 50  
Maarif - CASABLANCA  
Tél. : 0673401818 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : EL MASSALI ILHAME Age: 67  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dentaire

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 : CASABLANCA Le : 02/08/2023  
Signature de l'adhérent(e) :





### 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

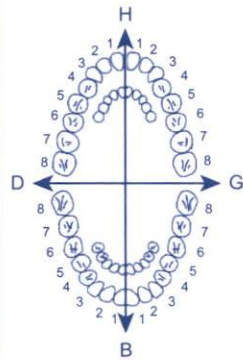
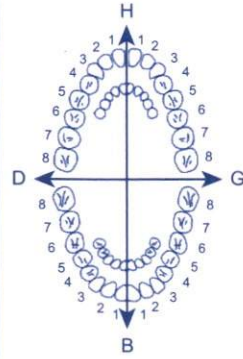
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, 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  <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

**Dr. Hasnaa BENZIT**

Chirurgien Dentiste

Diplômée en Parodontologie - Implantologie  
New York University (NYU)

Membre de l'Académie Américaine de Parodontologie



**د. حسناء بنزيت**

طبيبة جراحة للأسنان  
متخصصة في أمراض العظم واللثة  
متخصصة في زراعة الأسنان  
جامعة نيويورك

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض اللثة والعظم

Le: 22/07/23

Mme El Moudi Elhame

14.00

- Doleprae 5g

(AS)

1cp 3x/j pmt 3j.

- Penic - 600.000 (B.B)

En suspension 1x/j

1cp 8j.

A donner le 23/07/23

PHARMACIE EL PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Ibrahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 0522 23 99 57 46

**Dr. Hasnaa BENZIT**  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Parodontologie  
Implantologie  
22, Route d'El Jadida Espace Houssam  
3ème Etage - N° 7, Casablanca  
Tél: 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94

طريق الجديدة - فضاء حسام - الطابق 3 - رقم 7 - الهاتف : 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94  
22, Route d'El Jadida - Espace Houssam - 3ème Etage - N°7 - Tél : 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94  
hbenzit@menara.ma



## 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 أئمتها 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، ما عدا 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 للإستفادة 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 و طابع الوكالة  
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_ تاريخ الإيداع : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_ تاريخ الاستلام : \_\_\_\_\_

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<p>موافقة مسبقة* Entente préalable*</p>	<p>تنفيذ* Exécution*</p>	<p>رجوع رقم : 610-1-04 Réf. :</p>
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</p>			
<p>الإسم العائلي و الشخصي : <u>EL MASSALI ILHAME</u></p>			
<p>رقم التسجيل : <u>1176294894</u></p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>B116290811</u></p>			
<p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) : <u>هو نفسه</u> <input checked="" type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint</p>			
<p>العنوان : <u>Résidence PERLA, Rue des ACACIAS, Esc. 4, 4 étages app. n° 50 Casablanca</u></p>			
<p>مبلغ المصاريف : <u>3.000,00</u> Dhs.</p>			
<p>عدد الوثائق المرفقة : <u>1</u></p>			
<p>تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste</p>			
<p>المستفيد من العلاجات : <u>EL MASSALI ILHAME</u></p>			
<p>الاسم العائلي و الشخصي : <u>EL MASSALI ILHAME</u></p>			
<p>تاريخ الزيداد : <u>09/06/1981</u></p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>B116290811</u></p>			
<p>الجنس : <u>أنثى</u> <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> M</p>			
<p>تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste</p>			
<p>الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : <u>1094004994</u></p>			
<p>نوع العلاجات Type de soins</p>			
<p>علاجات* <input checked="" type="checkbox"/> Soins*</p>			
<p>البدلة السنية* <input type="checkbox"/> Prothèse*</p>			
<p>تقويم الأسنان الوجهي* <input type="checkbox"/> Orthodontie faciale*</p>			
<p>علاجات أخرى* <input type="checkbox"/> Autres*</p>			
<p>رقم الموافقة المسبقة : _____</p>			
<p>في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : _____</p>			
<p>تاريخ : _____</p>			
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>أصحر بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>فعل : <u>Casablanca</u> ب : _____</p>		<p>فعل : <u>Casablanca</u> ب : _____</p>	
<p>في : <u>09/06/2023</u> في : <u>09/06/2023</u></p>		<p>في : <u>09/06/2023</u> في : <u>09/06/2023</u></p>	
<p>توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)</p>		<p>توقيع و طابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>	
<p>INP : Identification Nationale du Praticien * Cocher la mention utile pour chaque case</p>		<p>Dr. Hasnaa BENZ Chirurgien Dentiste Spécialiste en Parodontologie 22, Route de Jeddah, Casablanca Tél: 0522 23 20 47</p>	

www.cnss.ma : الموقع على الإنترنت 05 22 54 86 73 : الفاكس 05 22 54 86 07 : الهاتف  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Cas-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 : الفاكس 05 22 54 86 73 : الهاتف  
Centre d'appels 08200 7200 : الاتصال







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 : أصدر ب :  
Le : 09/08/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 176304824

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 09/08/2023

: من

au : 09/08/2023

: إلى

Destinataire

المرسل إليه

EL MASSALI ILHAME

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 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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MASSALI ILHAME											
129330284	12/07/2023	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	600,00	210,00	12,00	1,00	210,00	70,00	09/08/2023	147,00
129330284	12/07/2023	PH	PHARMACIES D	14,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	09/08/2023	9,80
129330284	12/07/2023	D713	OFFICINES CHIRURGIE DENTAIRE	600,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	09/08/2023	122,50
129330284	12/07/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	1800,00	175,00	10,00	3,00	525,00	70,00	09/08/2023	367,50
Total remboursé											646,80
Total général remboursé											646,80

- 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