

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

W21-837762

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite N° 4527

Nom & Prénom : Abdelatif HAFIDI

Date de naissance : 19/07/56

Adresse : 39 lot AIN DIAB II CASA

Tél : 0661 79 4676 Total des frais engagés : 400,00

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 27 / 05 / 24

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

[illegible]

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	

[illegible]

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE





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 : 24/04/2024

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 155348822

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 23/04/2024 : من  
au : 23/04/2024 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

KHARBOUCH MALIKA

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	التعريف 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	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KHARBOUCH MALIKA											
152562536	16/04/2024	T151	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	23/04/2024	112,00
152562536	16/04/2024	C	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	23/04/2024	56,00
Total remboursé											168,00
Total général remboursé											168,00

- 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 ألو الضمان على الأرقام



Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها	
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 mes 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 أتمنتها 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 : .....		تاريخ الإستلام : .....	
Date de dépôt du dossier : .....		Date d'arrivée : .....	

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
		0661211948	
موافقة مسبقة* <input type="checkbox"/> Entente préalable*		تنفيذ* <input checked="" type="checkbox"/> Exécution*	
Réf : 610-1-04 مرجع رقم		Ref : ANAM 1.9.09.01	
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)			
Nom et prénom : <u>Kharbouch Nalika</u>			
N° Immatriculation : <u>155348842</u>			
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>B/103400</u>			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui même <input checked="" type="checkbox"/> هو نفسه			
Adresse : <u>39 Lot A. n° Diab II - Bd. grande ceinture - Anfa Casablanca</u>			
Montant des frais : <u>40000</u> Dhs.			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان			
Bénéficiaire des soins : <u>KHARBOUCH Nalika</u>			
Nom et prénom :			
Date de naissance : <u>14/04/1957</u>			
N° de la Carte d'Identité Nationale :			
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى			
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج			
N° INP : <u>094018100</u>			
Type de soins نوع العلاجات			
Soins* <input checked="" type="checkbox"/>			
Prothèse* <input type="checkbox"/>			
Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/>			
Autres* <input type="checkbox"/>			
N° Entente préalable :			
En cas d'accident :			
Date d'accident :			
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.			
Fait à : <u>Casa</u>			
Le : <u>16/04/2015</u>			
Signature de l'assuré(e)			
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
Fait à : <u>Casa</u>			
Le : <u>16/04/2015</u>			
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste			
- INP : Identification Nationale du Praticien - * Cocher la mention utile pour chaque case			
www.cnss.ma : 05 22 54 86 73 : الفاكس : 05 22 54 86 07 : 2186 دار البيضاء المحطة الهاتفية : 05 22 54 86 07 : 2186 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 Centre d'appels 08200 7200 مركز الاتصال			







Dr. Azeddine MELHAOUI  
 Medecin Dentiste  
 Tél: 05 22 99 48 04 / 05  
 Casablanca

KHERBOUCH Malika



- Absence 36.
- Lyse osseuse moyenne au maxillaire
- Pas d'anomalies des ATN.
- Présence Contention ortho.

Dr. Azeddine MELHAOUI  
 CHIRURGIEN DENTISTE  
 1. Impasse Imam Aouzai  
 Bd. Yacoub El Mansour  
 Tél.: 05 22 99 48 04 / 05 - Casablanca



**Cabinet de chirurgie dentaire  
Et d'implantologie**

Casablanca le : 16/4/2024

**Dr Azeddine Melhaoui**

Docteur d'état en médecine dentaire

Sur rendez-vous

Nom et prénom de patient : Mr Khachouch Neli Ka

**NOTE D'HONORAIRES**

Date	soins	Montant facturé
16/4/2024	Consultation	200,-
	+ Radio	200,-
	Panorama	—
		400,-

Montant global : ..... 400,- .....

**Signature et cachet**  
Dr. Azeddine Melhaoui  
Médecin - Dentiste  
Tél.: 0522 99 48 04 / 05  
Casablanca

Impasse Imam Aouzai, Bd Yacoub El Mansour .Casablanca . Tél : 0522 99.48.04 / 05

E.mail : drmelhaoui@yahoo.fr

N° de l'NPE : 094012200 N° de l'ICE : 001677235000075 N° de l'IF : 40805491