

## 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

- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-448078

54667

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3102 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NOSSAIR Mohammed

Date de naissance : 04/09/62

Adresse : .....

Tél. : 0662 767 068 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : BENNANI Samia 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 : Casa Le : 30/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-448078

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



تعليمات يجب اتباعها

ar personne et par événement.

e accompagnée de toutes les  
ales (ordonnances médicales,  
mens de radiologie et/ou de

ersonne soignée doivent être  
: mêmes sur chaque feuille de

concernant les médicaments  
ix ordonnances transmises.

que les pièces justificatives  
CNSS dans les deux mois qui  
dical, sauf s'il y a traitement  
ernier cas, le dossier doit être  
60) jours qui suivent la fin du

; engagés sera effectué sur la  
ale de référence.

jents du travail et maladies  
couverts.

de fraude ou de fausse  
s prestations qui ne sont pas  
ns légales et réglementaires.

ment prise par la CNSS est  
onditions réglementaires et de

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية  
المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير  
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات  
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية .

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان  
Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-04

Ref.: ANAM 1.2.03.01

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

الاسم العائلي والشخصي : **BEANNI SANA**

رقم التسجيل : **135393449**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **8878102**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Lui-même ☒ هو نفسه ☐ ابن ☐ Enfant

العنوان : **C. Rue Ibn Cheikh El Khattabi, 1ère étage Appartement 101**

Montant des frais : **1750,00** Dhs. مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة : **1**

Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات  
Bénéficiaire des soins

الاسم العائلي والشخصي : **BEANNI SANA**

Date de naissance : **1988** تاريخ الإزدياد :

N° de la carte d'Identité Nationale : **135393449** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : **M** ذكر ☒ أنثى ☐ الجنس :

Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

N° INF **994179166** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات :

Soins\* ☒ علاجات \*

Prothèse\* ☐ البدلة السنية \*

Orthodontie faciale\* ☐ تقويم الأسنان الوجهي \*

Autres\* ☐ علاجات أخرى \*

N° Entente préalable : **135393449** رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez : في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :

Date d'accident : **135393449** تاريخ :

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

Fait à : **Casablanca** في :

Le : **135393449** في :

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

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Casablanca** في :

Le : **135393449** في :

توقيع وطابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع وطابع  
Signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO



N° Immatriculation

135393 149

Nom et prénom

BENNAHI SANAA

Date de naissance

13/02/1973

CNI/Passeport/Séjour

1278100

**Assurance maladie obligatoire**

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire
45273249	Dossier de remboursement dentaire	25/04/2019	INARA	02/04/2019	750	BENNAHI SANAA

« &lt; 2019 &gt; »

## Assurance maladie obligatoire


## DÉTAIL AMO



Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
45273249	245	Archivé dossier liquidé	30/09/2019		Virement assuré

Fermer



 <b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>رجع رقم : 610-2-06</b>	
	<b>Emis à :</b> CASABLANCA <b>Le :</b> 11/06/2019	<b>الصفحة</b> 1 / 1
<b>N° d'immatriculation</b> 135393149 <b>Règlements de la période</b> du : 01/05/2019 au : 31/05/2019	<b>المرسل إليه</b> <b>Destinataire</b> BENNANI SANAA 6 RUE IBN CHEK EL KIRAOUANI AP T10 M/SULTAN 20120 CASABLANCA-MAROC	

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 استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	التعويضات	مستفيد الصحة	مبلغ المصاريف	التعويض المرجعية	المعامل	الكمية	اماس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	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
BENNANI SANAA											
45273249	02/04/2019	D	CHIRURGIEN DENTISTE	350,00	210,00	1.0	1,00	210,00	70,00	21/05/2019	0,00
45273249	02/04/2019	D	CHIRURGIEN DENTISTE	400,00	175,00	1.0	2,00	350,00	70,00	21/05/2019	245,00
<b>Total remboursé</b>											<b>245,00</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>245,00</b>

- 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 الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام