

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 Monhamed 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° W19-448078

SL667

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>3102</u>		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <u>MOSSAIR MOHAMMED</u>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <u>04/09/62</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0662 767 068</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>BENNANI Sanâa</u> Age :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : <u>Casablanca</u>	Le : <u>20/12/18/2022</u>		
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			

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.

Matricole : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

06.04.28.06.24

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
Ref.: ANAM 1-2-03-01
Réf. : ANAM 1-2-03-01

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins dentaires



موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

مراجع رقم: 610-1-04

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه خلص أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحبة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

ar personne et par événement.

e accompagnée de toutes les ordonnances médicales, nens de radiologie et/ou de

ersonne soignée doivent être mèmes 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.

ents du travail et maladies couverts.

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

ment prise par la CNSS est conditions réglementaires et de

توقيع و捺印
ature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DAMO

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)*

العنوان :

مبلغ المصارييف :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : *

Bénéficiaire des soins
Nom et prénom : BEAATIS SANA

Date de naissance :

N° de la carte d'Identité Nationale : 1111111111111111

Sexe* :

ذكر M نسخ F

Identification du Chirurgien Dentiste
نомер التأشيرة الطبية

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

* علاجات

البدلة السنوية *

تقويم الأسنان الوجهية *

علاجات أخرى *

رقم الموافقة المسبقة :

في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :

تاريخ :

N° Entente préalable :

En cas d'accident précisez :

Date d'accident :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 04/04/2019

Fait à : 04/04/2019

Le : 1111111111111111

Le : 1111111111111111

توقيع المؤمن له (ها)

توقيع وظيفة مديرية الإيجابي

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

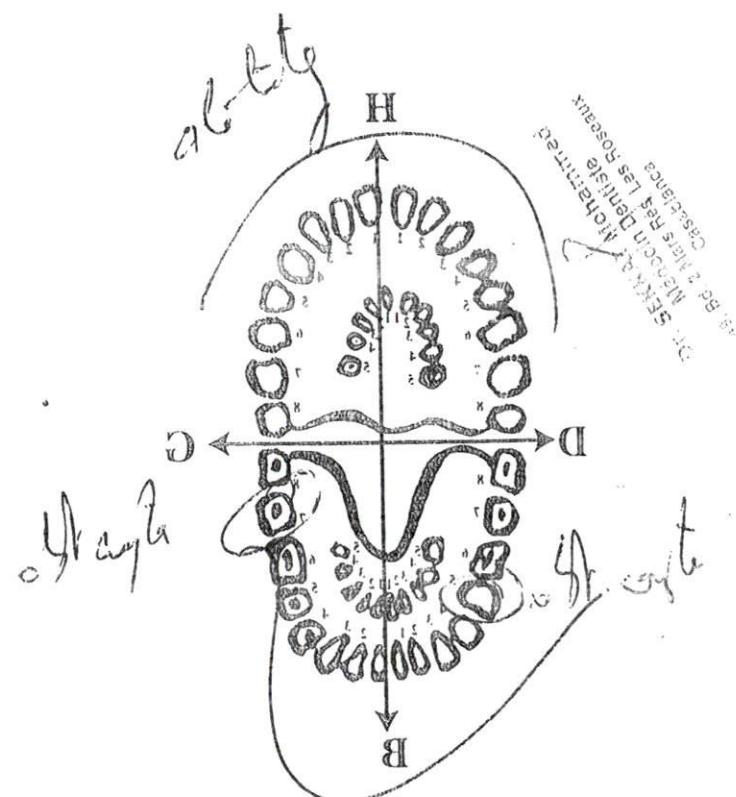
وصف العمليات المجرأة

توقيع وطابع طبيب الأسنان

Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste

Description des actes effectués

المعاملات Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المغورت Montant facturé	Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
d678		02/04/19			350	
35	67	06/04/19	67c		200	
47	67	09/04/19	67c		100	



جريدة الوصفات

توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

es

المبلغ المغورت
Montant facturé

N° Immatriculation

135393149

Nom et prénom

BENNANI SANA

Date de naissance

13/02/1973

CNI/Passeport/Séjour

4278100

Assurance maladie obligatoire

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéfici
45273249	Dossier de remboursement dentaire	25/04/2019	INARA	02/04/2019	750	BENNANI SANA ✓

« < 2019 > »

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](#)

**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 :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation	135393149	رقم التسجيل	BENNANI SANA
Règlements de la période		أداءات الفترة	6 RUE IBN CHEK EL KIRAOUANI AP T10 M/SULTAN
du : 01/05/2019	إلى : 31/05/2019	من : إلى :	20120 CASABLANCA-MAROC

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	التعديلات	غير تصحية	مبلغ المصاريـف	المترتبة المصرحـة	المعامل	الكمـة	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسـال الإداـءة	منـع 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
BENNANI SANA											
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
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض				245,00			
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي				245,00			

ـ ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

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

للزيد من المعلومات :
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بخدمات الاتصال على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الصمان على الأرقام