

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° M21- 072047

80706

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOUSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : habituelle

Tél : 0682100580 Total des frais engagés : Dhs

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 :

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 : 08/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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 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

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

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 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 وأثمتها 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 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.

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 والأمراض 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 وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع 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 الإستلام : _____



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 : 04-1-610

REF: ANAM 1.2.03.01

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

الإسم العائلي والشخصي : **EL MECHRAFI AZIZA**

رقم التسجيل : **154502333**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **A 21433**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) : **Conjoint** ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ Lui même ☐ هو نفسه ☐

العنوان : **123 Rue A.S.M EL WAST. RES. SEKAT. B. Apt 9 BOURBOURG CASAB**

مبلغ المصاريف : **د. 000000000** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **0**

Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات : **EL MECHRAFI AZIZA**

الاسم العائلي والشخصي : **EL MECHRAFI AZIZA**

تاريخ الميلاد : **01/01/1956**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **0110111956**

الجنس : **M** ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى

Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **0340091110**

نوع العلاجات : **علاجات***

Soins* ☒ **علاجات***

Prothèse* ☐ **البنية السنية***

Orthodontie faciale* ☐ **تقويم الأسنان الوجهي***

Autres* ☐ **علاجات أخرى***

رقم الموافقة المسبقة : **000000000**

في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي : **000000000**

تاريخ : **00/00/00**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

لأتتست على ل'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

فأ : **05/11/2024** ب : **05/11/2024**

Le : **05/11/2024** في : **05/11/2024**

توقيع المؤمن له (ها) : **05/11/2024**

Signature de l'assuré(e) : **05/11/2024**

توقيع وطابع طبيب الأسنان : **05/11/2024**

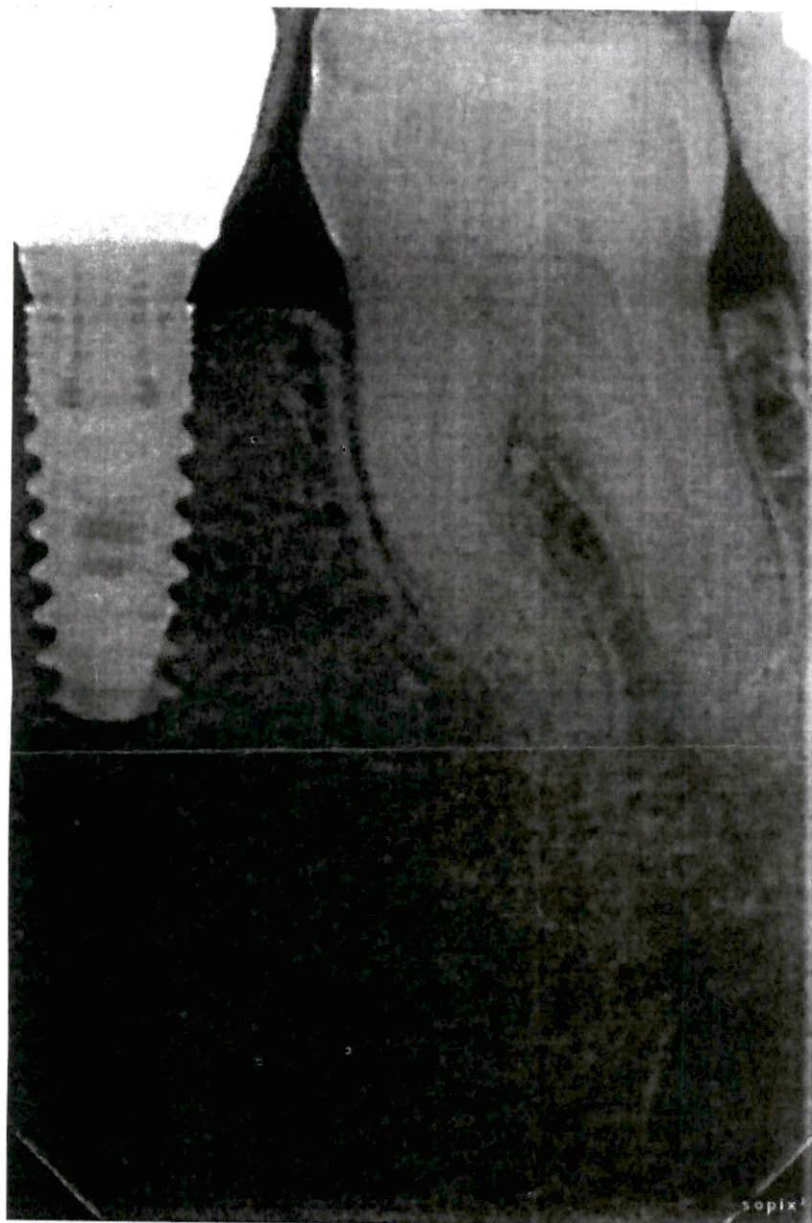
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste : **05/11/2024**

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* وضع العلامة في الخانة المناسبة

در الدرس: سلمة دافور. دار البيضاء ص.ب. 2186. دار البيضاء المنطقة الهاتف 05 22 54 86 07 فاكس 05 22 54 86 73. www.cnss.ma
Maison de l'Assuré-Place de DAKAR-Casablanca B.P. 2186 Cas-Gare-Téléphone: 05 22 54 86 07- Fax : 05 22 54 86 73- Web: www.cnss.ma
مركز الإتصال 08200 7200

Né(e) le : 11/01/1956



Date du cliché : 25/11/2020

Localisation : 36

Commentaire :

Dr. AIEL HAMID
Médecin Dentiste Professeur
Clinique Dentaire Casablanca
18, Abdelkrim El Khattabi
Tél : 05 22 35 08 90

Clinique Dentaire Casablanca
Pr. Ali EL HAMID
16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,
Val d'Anfa, Casablanca.
Tél : 022360807/022360890

Casablanca, le 25/11/2020

FACTURE

Reçu la somme 5000 (cinq mille dirhams) honoraires des prothèse
dentaires, effectuée à Mme ELMECHRAFI AZIZA

Signé :

Dr. ALI EL HAMID
Médecin/Dentiste Professionnel
Clinique Dentaire Casablanca
16, Abdelkrim El Khattabi
Tél : 05 22 36 08 90

Patente : 35615004 - Cnss : 7180508 - IF : 40800392 - ICE : 001681056000019 - INP :
B632452

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610 2 06 : REF
	Référence structurée : 210201973833171	Emis à Casablanca le : 02/02/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة EL MECHRAFI AZIZA 123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME ETG APPT 9 CASABLANCA 2016		
	N° d'immatriculation : 154502333 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA										
070770191	25/11/2020	D	CHIRURGIEN DENTISTE	5 000,00	2 250,00	1,00	1,00	2 250,00	70	1 575,00
Total remboursé pour AZIZA										1 575,00
Total général remboursé										1 575,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان