

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W19-467678

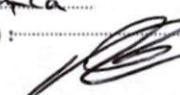
AS6357

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12161	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Karim El Alaaoui Asmala
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		12/10/1982	
Adresse :			
		Tél. : 0662765972	Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : Casablanca Le : 06/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



AS6357

RELEVE 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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 :

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 133927362 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 10/01/2023 من
au : 10/01/2023 إلى

Destinataire

EL YOUSFI TAHAA

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
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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 YOUSFI ISMAIL											
80474344	02/11/2022	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	1100,00	175,00	10,00	3,00	525,00	70,00	10/01/2023	367,50
80474344	02/11/2022	D715	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	140,00	8,00	1,00	140,00	70,00	10/01/2023	98,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
											465,50
											465,50

- 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/
www.cnss.ma/MaCNSS
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 بالمحبب الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
Feuille de soins dentaires

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Ref. ANAM 1.2.B.01

رقم رقم : 610-4-84

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom : Elyousfi Taha

N° Immatriculation : 133987368

رقم التسجيل :

FAM02079

رقم بطاقة التعرف الوطنية :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

علاقة قرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant Lui-même هو نفسه

العنوان :

Adresse :

Montant des frais : درهم

Dhs

مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Chirurgien Dentiste

تصريح طبيب الأسنان

Bénéficiaire des soins :

المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom :

Elyousfi ISMAIL

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

10/3/1987

تاريخ الازدياد :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

رقم بطاقة التعرف الوطنية :

Sexe* :

M ذكر F امرأة

الجنس :

Identification du Chirurgien Dentiste

تعريف الطبيب المعالج

N° INP 1094177469

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة :

Type de soins

نوع العلاجات

Soins*



علاجات*

Prothèse*



البلاط السنية*

Orthodontie faciale*



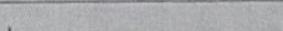
تقليم الأسنان التوجهي*

Autres*



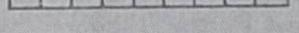
علاجات أخرى*

N° Entante préalable :



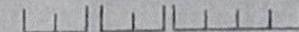
رقم الموقعة المسبقة :

En cas d'accident précisez



في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلى :

Date d'accident



تاریخ :

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

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

Fait à : Casablanca ب :

Fait à : Casablanca ب :

Le : 29/11/2022 في :

Le : 23/11/2022 في :

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

توقيع و طبعة طبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

* وضع العلامة في الخانة المناسبة

Dr. El ZAMI, Dentist, Casablanca, B.P. 2186, 2186 Casablanca, Avenue Hassan II, Casablanca, Morocco. Phone: 05 22 54 86 73 - Fax: 05 22 54 86 73 - Web: www.cns.ma
Maison de l'Assurance-Dakar-Casablanca B.P. 2186 Casablanca-Téléphone: 05 22 54 86 07- Fax: 05 22 54 86 73-Web: www.cns.ma
Centre d'appels 08200 7200

El yazami Hassan
Chirurgien dentiste
Spécialité en parodontologie – Implantologie
55 , Bd Zerkouni , Angle rue de sebta
2 éme étage n° 6
Tél : 05 22 20 05 52
INP : 094 17 74 09

Casablanca : 23/11/2022

FACTURE

EL YOUSFI ISMAIL

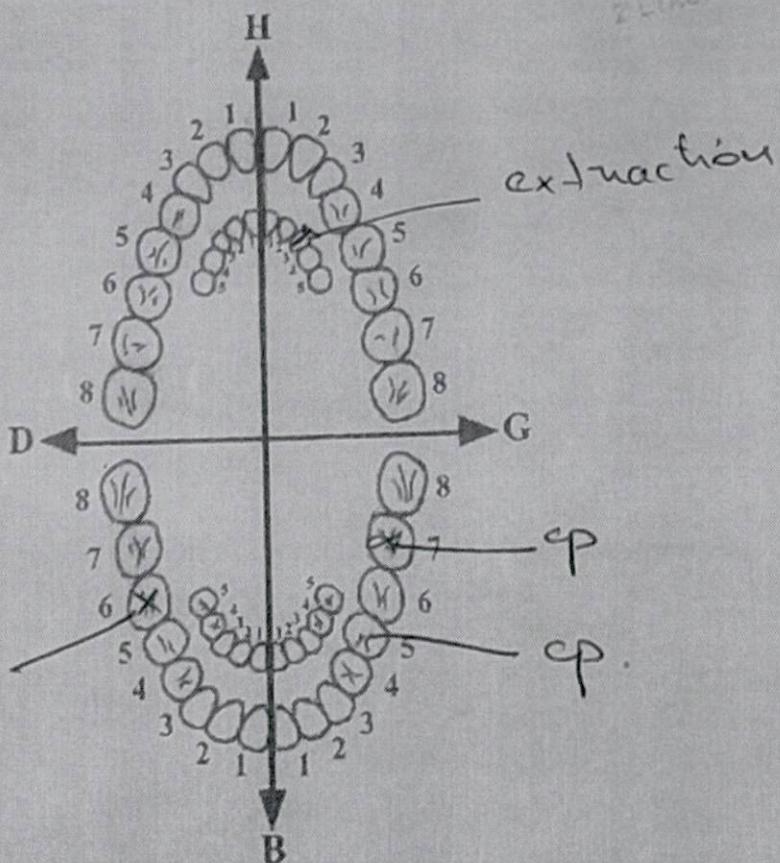
ACTE	PRIX
CONSULTATION	100 DH
EXTRACTION DE LA 63	200 DH
COMPOSITE DE LA 37	400 DH
COMPOSITE DE LA 35	300 DH
COMPOSITE DE LA 46	400 DH

La présente facture est arrêtée à la somme de

Mille quatre cents dirhams

DR EL YAZAMI HASSAN
CHIRURGIEN DENTISTE
SPECIALITE EN PARODONTIE
ET IMPLANTOLOGIE
N° 55 BD ZERKOUNI - ANGLE RUE SEBTA
2 EME ETAGE - CASABLANCA - TEL : 05 22 20 05 52

وصف العمليات المجرأة			
Description des actes effectués		قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغرور Montant Facturé
لشن معالجة Dents traitées	العملية Opérations	ZAMI HASSAN DENTISTE CHIRURGEN DENTISTE EN PARODONTIE SPECIALISÉ EN LASER IMPLANTOLOGIE N° 55, BOULEVARD TOUNKOUNGUEU RUE DE LA 2 ^e ETAGE - CASABLANCA - TEL : 022 21 55 55	توقيع و طابع وثبات الاستاذ Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
63	02/11/21 extraction		dw. 100,00
37	16/11/22 composite D 15		dh 200,00
35	19/11/22 composite D 12		dh 300,00
46	23/11/22 composite D 15		dh 400,00



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لطبليل العمليات المهنية.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.