

# 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.

M22- 0050770

AS6355

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12161 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Karim El Alacuri Asmada

Date de naissance : 12/10/1982

Adresse :

Tél. : 066 2765982 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 : .....

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'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 : 01/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :





## بيان 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 : 02/02/2023

أصدر ب :

Page 1 /1

الصفحة

رقم التسجيل : 133927362  
 أداءات الفترة : ر.ن° d'immatriculation  
 Règlements de la période  
 du : 25/01/2023 : من  
 au : 25/01/2023 : إلى

**Destinataire**

EL YOUSFI TAHA

المرسل لله

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	العنابيات	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											
80471365	21/12/2022	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	1600,00	175,00	10.00	4,00	700,00	70,00	25/01/2023	490,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

sur 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/Portal/](http://www.cnss.ma/Portal/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
80 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بنا بمحفظة الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام



**Dr. ELYAZAMI HASSAN**  
**Chirurgien-Dentiste**  
**Spécialité en Parodontie**  
**Implantologie et laser**  
**55, Boulevard Zerkouni, Angle rue Sebta**  
**Tél : 05 22 20 05 52**  
**INP : 094 17 74 09**

Casablanca : 28/12/2022

**FACTURE**

**Nom /Prénom Patient ( e ) EL YOUSFI ISMAIL**

ACTES	PRIX
COMPOSITE DE LA 16	400 DH
COMPOSITE DE LA 47	400 DH
COMPOSITE DE LA 27	400 DH
COMPOSITE DE LA 17	400 DH

**La Présente Facture est arrêtée à la somme de  
Mille Six cents dirhams**

*[Handwritten signature]*  
**DR EL YAZAMI HASSAN**  
~~CHIRURGIEN DENTISTE~~  
~~SPECIALISTE EN PARODONTIE~~  
~~IMPLANTOLOGIE ET LASER~~  
~~N° 55, BD ZERKOUNI - ANGLE RUE SEBTA~~  
~~2<sup>e</sup> ETAGE - CASABLANCA - TÉL : 022.20.05.52~~



### Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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).

Le nom en prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

Une 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Signature et Cachet de l'Agence

### Instructions à suivre

Tenir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque malade avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque malade avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque malade avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque malade avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

S'assurer que la facture mentionne le nom et prénom de l'assuré.

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque malade avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Il faut joindre une feuille de soins pour chaque malade avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Date d'admission :

مديرية التأمين الصناعي L'Assurance Maladie obligatoire	Ref. : ANAM 1.2.01 Réf. : ANAM 1.2.01
--	--



\*080471365\*

Ref. : 610-1-84

مرجع رقم:

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له(ها) :

العنوان :

مبلغ المصاريق :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح طبيب الأسنان :

المستفيد من العلاجات :

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الزيارات :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس\*:

FA/102079

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : El Youssfi Taha

N° Immatriculation : 133987362

N° de la Carte d'Identité Nationale :

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

Conjoint  Enfant  Lui-même  در نفسه

Adresse :

Montant des frais : درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du Chirurgien Dentiste

Bénéficiaire des soins :

Nom et prénom : EL YOUSFI ISMAIL

Date de naissance :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

Sexe\* :

M  ذكر  F ائن

### Identification du Chirurgien Dentiste

N° INP 094177409.

Type de soins

Soins\*

Prothèse\*

Orthodontie faciale\*

Autres\*

N° Entité préalable :

En cas d'accident préécrivez

Date d'accident

لتحدد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous sous ma responsabilité.  
Signature de l'assuré(e)

Fait à : Casablanca  
Le : 30/12/2022  
نوع المؤمن له (ها) :

Signature de l'assuré(e)

D'EL YOUSFI ISMAIL HASSAN  
CHIRURGIEN DENTISTE  
IMPLANTOLOGIE ET LASER  
N° 55, BOZEKTOUR - ANGLE RUE SEBTA  
2<sup>ème</sup> ETAGE - CASABLANCA  
Cachet et Signature en Chirurgie 2000  
28/12/22.

\*ضع العلامة في الخلقة المناسبة

در المونت. ساحة دندر. الدار البيضاء س.ب. 21800 قصر البشاد لمحمدية. الهاتف: 05 22 54 86 73 - Fax: 05 22 54 86 07. قمر على الشاشة : 05 22 54 86 73

Maison de l'Assuré-Place de DAKAR-Casablanca BP 2186 Casablanca-Téléphone: 05 22 54 86 07- Fax: 05 22 54 86 73-Web: www.cnss.ma

Centre d'appels 88200 7200