

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 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

- Reclamation : 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

Coplémet
Déclaration de Maladie

M22- 0050770 *156355*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12161* Société : *RAM*

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *Karim El Alacari Asma*

Date de naissance : *12/10/1982*

Adresse :

Tél. : *066 2765972* 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 : *02/04/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 02/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 133927362 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 25/01/2023 : إلى
au : 25/01/2023 : إلى

المُرسل إليه Destinataire

EL YOUSFI TAHA

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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	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
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											490,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											490,00

- 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



Dr. ELYAZAMI HASSAN
Chirurgien-Dentiste
Spécialité en Parodontie
Implantologie et laser
55, Boulevard Zerktouni, 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

Dr EL YAZAMI HASSAN
CHIRURGIEN - DENTISTE
SPECIALISTE EN PARODONTIE
IMPLANTOLOGIE ET LASER
N° 55, BO ZERKTOUNI - ANGLE RUE SEBTA
2^e ETAGE - CASABLANCA - TEL : 022.20.05.52

[illegible]

A diagram of a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both sides. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom passes through the center. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right passes through the center. Handwritten labels 'composite' with arrows point to specific teeth: tooth 6 on the left side, tooth 7 on the right side, and tooth 7 on the left side of the lower arch.

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.

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث. Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق، الضرورية (وصفات طبية، قوائم، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر). La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de biologie).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج. Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة. Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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. 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية. Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

الآضرار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض. Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره. L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.





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 :

Date d'arrivée :

 		مديرية التأمين الصحي l'Assurance Maladie obligatoire	رقم الملف : 610-1-01 REG. AVANT 1.2.01.01
080471365			
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)			
Nom et prénom : Elyassfi Tahar		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 123327362		رقم التسجيل :	
N° de la Carte d'Identité Nationale : FA102079		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :	
Adresse :		العنوان :	
Montant des frais : درهم Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان			
Bénéficiaire des soins : EL YOUSFI ISMAIL		المستفيد من العلاجات :	
Nom et prénom :		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		تاريخ الميلاد :	
N° de la Carte d'Identité Nationale :		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس :	
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج			
N° INP 094/177409		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :	
Type de soins		نوع العلاجات :	
Soins* <input checked="" type="checkbox"/>		علاجات :	
Prothèse* <input type="checkbox"/>		البدلة السنية :	
Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/>		تقويم الأسنان الوجهي :	
Autres* <input type="checkbox"/>		علاجات أخرى :	
N° Entante préalable :		رقم الموافقة المسبقة :	
En cas d'accident préisez		في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :	
Date d'accident :		تاريخ :	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca في : Le : 30/12/2022 في : Signature de l'assuré(e) 		D' EL YAZAMI HASSAN CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE EN PARODONTIE IMPLANTOLOGIE ET LASER N° 55, BOULEVARD ZERKAT - ANGLE RUE SEBTA 2 ^E ETAGE - CASABLANCA Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste 	

* جميع العلامة في الخانة المناسبة

- INP : Identification Nationale du Praticien
 - * Cocher la mention utile pour chaque case
 دار المؤمن - سلمة دقار - الدار البيضاء من. 2186 الدار البيضاء الممثلة. الهاتف. 05 22 54 86 73 الفاكس : 05 22 54 86 07
 Maison de l'Assuré-Place de DAKAR-Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone. 05 22 54 86 07. Fax : 05 22 54 86 73-Web : www.cnss.ma
 مركز الاتصال 08280 7280 Centre d'appels