

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- 0029481

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2840 Société : 165428

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU MOHAMED KHALIL

Date de naissance : 18-58-53

Adresse : 1 RAHMAD RESIDENCE CHAUS 1 REUVAFAR

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 : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 16/06/2023 Casablanca Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 et prénom de la personne soignée doivent être portés par mes praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

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.

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.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et Signature de l'Agence

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 واثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) 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 غش أو تصريح كاذب للإسناد من خدمات غير مسحقة، سيغاب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تاريخ الإستلام :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

Partie réservée à l'assuré (e)

Nom et prénom : *Meryem Laayad*

N° Immatriculation : *189578146*

N° de la Carte d'Identité Nationale : *TA 145868*

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

Conjoint Enfant زوج ابن Lui-même هو نفسه هي ذاتها

Adresse : *Dr. CHAOUFI Souad*

Montant des frais : *400* درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes : *4*

Déclaration du Chirurgien Dentiste

Bénéficiaire des soins :

Nom et prénom : *Meryem LAAYAD*

Date de naissance :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

Sexe* :

M ذكر F امرأة

Identification du Chirurgien Dentiste

N° INP : *10941769158*

Type de soins

Soins*

Prothèse*

Orthodontie faciale*

Autres*

N° Entente préalable :

En cas d'accident prévoyez

Date d'accident

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

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Fait à :

Le :

توقيع طبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

Dr. CHAOUFI Souad
Dr. CHAOUFI Souad
Dr. CHAOUFI Souad
Dr. CHAOUFI Souad
Dr. CHAOUFI Souad

- INP : Identification National du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص 2186 - الدار البيضاء المحطة - الملف 05 22 54 86 73 - الموقع على الانترنت: www.cnss.ma
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

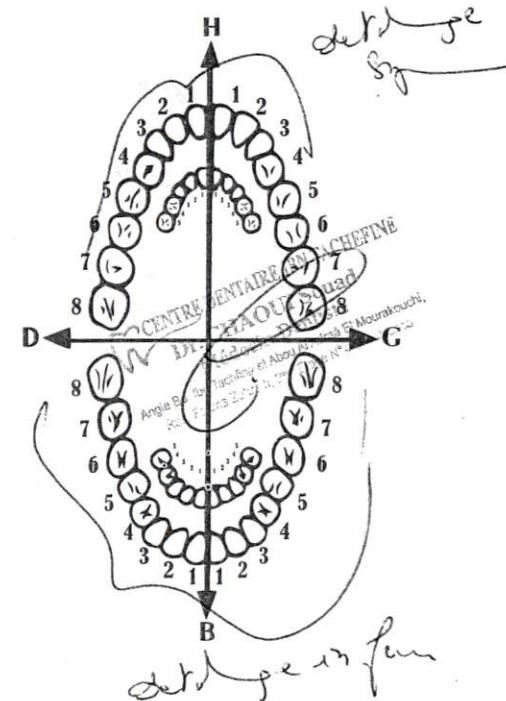
Centre d'appels 08200 7200

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref : 610-1-04

مدين رقم 1.2 02.01

Description des actes effectués							وصف العمليات المجرأة
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre Clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste	
D 708		15/04/2023	D 12	17,80 ₣	17,80 ₣	Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca	
D 708		13/04/2023	D 12	17,80 ₣	17,80 ₣	Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca	
						Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca	
						Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca Dr. CHAOUI Souad Médecin Dentiste 14 Bd Ibn Tachfin, Casablanca, N°4 Casablanca	



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المgorاة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذلك معاملتها طبقاً لدليل العمليات المهنية .
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte partiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.



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 : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA : أصدر بـ
Le : 05/06/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 189578146 رقم التسجيل
Règlements de la période أذاءات الفترة
du : 02/06/2023 من
au : 02/06/2023 إلى

Destinataire

LAMYAD MERYEM

المرسل إليه

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 استعدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسفلن 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
118404457	15/04/2023	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	400,00	210,00	12,00	2,00	420,00	70,00	02/06/2023	280,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 »](http://www.cnss.ma/Portail/)
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

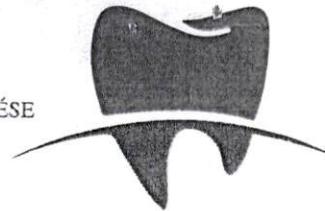
للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

DR CHAOUI Souad

Médecin Dentiste
Pédodontiste

CES D'ENDONTIE - CES DE PROTHÉSE

Soins, Prothèse, Chirurgie, Parodontie
Pédodontie, Dentisterie Esthétique
Blanchiment, Radiologie Numérique.

**الدكتورة سعاد الشاوي**

طبيبة جراحية للأسنان

علاج، تعويض، جراحة، أمراض اللثة، ب

علاج أسنان الأطفال

تجميل و تبييض الأسنان، ا

الفحص بالأشعة الرقمية

Casablanca, le 13/01/23 الدار البيضاء، في

Dr CHAOUI Souad
ICE : 00 16 85 77 30 000 21
INPE : 094 16 91 58
IF : 40156899

Note de l'inMeryem LABYAD

detache sup D12 } 400 m
detache infer D12 }

}



Médecin Dentiste
Angle Bd Ibn Tachfine et Abou Al Adraâ El Mourakouchi,
Rés. Fatima Zahra II, 2ème Etage N°4 Casablanca

الهاتف : 06 10 19 24 22 Tél : 0522 62 34 63

زاوية شارع ابن تاشفين و أبو العذراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II، الطابق الثاني رقم 4
فوق أسيما (BMCE &) - الدار البيضاء - البريد الإلكتروني : dentissimo@hotmail.fr

Angle Bd. Ibn Tachfine et Abou Al Adraâ El Mourakouchi, Résid. Fatima Zahra II, 2ème Etage N°4
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - E-mail : dentissimo@hotmail.fr

