

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029481

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2840 Société : 165428
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : LAHOU MOHAMED KHALIL
Date de naissance : 18 08 52
Adresse : 1 BAHAG RESIDENCE CHARGES A RELVATRE
Casablanca
Tél : 0622412922 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 : 16/06/2023 Le : 16/06/13

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


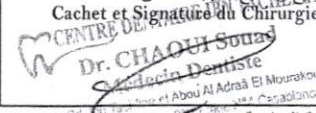
Adresses Mails utiles

- 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.

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 مريض 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 mes 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 و أتمنتها 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 و الوثائق 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.
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 و الأمراض 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 للاستفادة 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 et ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.
توقيع و طابع الوكالة Cachet et Signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الإستلام :
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*
Ref: 610-1-04 مرجع رقم		Ref: ANAM 12 0301
خاص بالمؤمن له (ها) Partie réservée à l'assuré (e)		
الإسم والعائلي و الشخصي : مريغم لاسياد Nom et prénom : Meryem Labyad		
رقم التسجيل : 189678146 N° Immatriculation :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : JA445888 N° de la Carte d'Identité Nationale :		
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها)* Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui même <input checked="" type="checkbox"/> هو نفسه		
العنوان : 1 شارع بشار بن عبد الله Adresse :		
مبلغ المصاريف : 400 Dhs. Montant des frais :		
عدد الوثائق المرفقة : 4 Nombre de pièces jointes :		
تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste		
المستفيد من العلاجات Bénéficiaire des soins :		
الإسم والعائلي و الشخصي : Meryem Labyad Nom et prénom :		
تاريخ الإيداع :		
Date de naissance :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
N° de la Carte d'Identité Nationale :		
الجنس* : أنثى F <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/>		
تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 189678146 N° INP		
نوع العلاجات Type de soins		
علاجات* <input checked="" type="checkbox"/>		
البدلة السنوية* <input type="checkbox"/>		
Prothèse* <input type="checkbox"/>		
Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/>		
Autres* <input type="checkbox"/>		
رقم الموافقة المسبقة :		
N° Entente préalable :		
في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : En cas d'accident précisez		
Date d'accident :		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à :		
Le :		
توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)		
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste  Dr. CHAOUI Souad Chirurgen Dentiste Angèle 33, 189678146, Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma		
* ضع العلامة في الخانة المناسبة		
* Cocher la mention utile pour chaque case		
دار الضمان : ساحة دكار - الدار البيضاء - صرب 2186 الدار البيضاء المحطة الهاتف 05 22 54 86 07 الفاكس : 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 مركز الإصدا 08200 7200		



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
Le : 05/06/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 189578146

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 02/06/2023

من

au : 02/06/2023

إلى

Destinataire

المرسل إليه

LABYAD MERYEM

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	التعريف 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
LABYAD MERYEM											
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											280,00
Total général remboursé											280,00

- 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

دار المؤمن - ساحة داكور - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07: فاكس: 0522 54 86 73

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

DR CHAOUI Souad

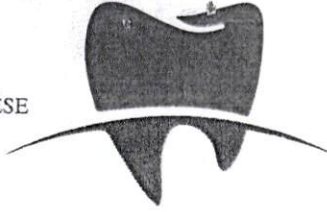
**Médecin Dentiste
Pédodontiste**

CES D'ENDONTIE - CES DE PROTHÈSE

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 تبيض الأسنان،
الفحص بالأشعة الرقمية

Casablanca, le 13/01/2023 في الدار البيضاء،

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

Note de l'in

Meryem LABYAD

*dentage sup D12 } 400 mn
dentage inf D12 }*

}

CENTRE DENTAIRE IBN TACHEFINE
DR CHAOUI Souad
Médecin Dentiste
Angle Bd. Ibn Tachfine et Abou Al Adraa 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 أسيميا & BMCE) - الدار البيضاء - البريد الإلكتروني: dentissimo@hotmail.fr

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



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-0000000000000000

Code agence : 701557

رمز الوكالة :



11840457

Numéro dossier

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom : LABYAD MERYEM
N° d'immatriculation : 189578146
Nom et prénom du bénéficiaire : LABYAD MERYEM

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :
الاسم العائلي والشخصي للمنفذ :

Informations sur le dossier

Type dossier : DOSSIER DE REMBOURSEMENT
Date/heure de dépôt : 26/05/2023 15:01
Date de soin : 2023-04-15
Montant des frais de soins : 400 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف :
تاريخ ووقت الإيداع :
تاريخ العلاج :
مبلغ تكليف العلاج :

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدتي، سيدي،
لقد توصلنا باستلام ملفك. نعلم أنك ستتم إيداعه على مصالح الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNPD sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021 Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaisons et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لتغطية العمال غير الأجراء بعلوم الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي بنوعين معطيوكم الشخصية اللازمة للملك من هذه التغطية معالجة معطيوكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021 يمكن أن ترسل معطيوكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتقدم إليها وإلى الإدارات والشركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكننا توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pdcn@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "أو ضمان" التابع للصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802007200 أو 0802033333

لتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكننا الإطلاع على النافذ العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني لضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macsnc.ma

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :
- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcn@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macsnc.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

Veuillez visiter notre site Web ou le portail des assurés ou l'application mobile ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macsnc.ma

118 40 40 40

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفك :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام