

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : .....	Société : .....
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : .....	
Date de naissance : .....	
Adresse : .....	
Tél. : .....	
Total des frais engagés .....	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: .....

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 : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Instructions à suivre	معلومات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الإسم 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 المرسلة، وأثنائها 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 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 يوماً) من لنتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
<b> توقيع و طابع الوكالة Cachet et Signature de l'Agence</b>	<b> خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</b>
Identification de l'agent : .....	Date d'arrivée : .....
Date de dépôt du dossier : .....	تاريخ الإيداع : .....

M 1023

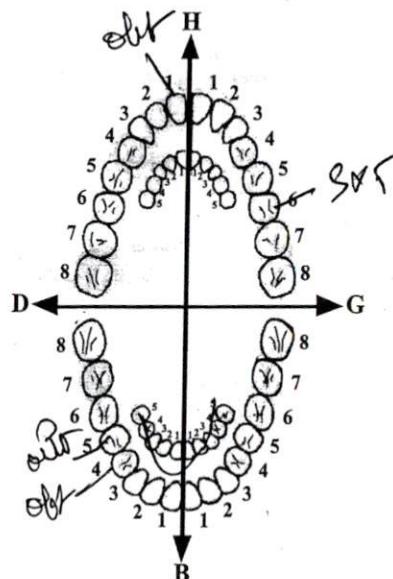
ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة*            Entente préalable*         </div> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ*            Exécution*         </div> </div> <p>Réf. : 610-1-04 رخصة المؤمن له (ها)</p>	<small>Ref. ANAM 1.2.B.01</small>
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b> الاسم العائلي والشخصي : M. E. KOUAR R. A. JAE رقم التسجيل : N° Immatriculation : 1011276632 رقم بطاقة التعريف الوطنية : B. 1.229.27 علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)* العنوان : Rue N° 9 Tous 662 4 - Etage quartier Majazela Hay Hassan Casablanca مبلغ المصارييف : Montant des frais : 19000 Dhs. عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : 01 <b>Déclaration du Chirurgien Dentiste</b> المستفيد من العلاجات : Bénéficiaire des soins الاسم العائلي والشخصي : M. MELOUNI ZOUEIR A. JAE تاريخ الازدياد : Date de naissance : Dr. HAJI Chirurgien dentiste رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la Carte d'Identité Nationale : Dr. Hajji Chirurgien dentiste الجنس : Sexe : M ذكر F أنثى <b>تعريف الطبيب المعالج</b> الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : Identification du Chirurgien Dentiste نوع العلاجات : Dr. HAJI ZOUEIR Chirurgien dentiste علاجات * : Dr. Hajji Chirurgien dentiste (Ex des Alpes) البيلة السنوية * : مارفي زوئير - Casablanca تقويم الأسنان الوجهي * : Rue Ahmed Majali علاجات أخرى * : مارفي زوئير - Casablanca تاريخ : Date d'accident رقم الموافقة المسبقة : Fait à : Casablanca في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : في : Casablanca تاريخ : Date d'accident أصرح بصدقية و صحة المعلومات المكتوبة أدناه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أناشد بصدقية كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca في : Casablanca Le : 05/08/2023 توقيع المؤمن له (ها) : Signature de l'assuré (e) Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste	

\* ضع العلامة في الخانة المناسبة  
 - INP : Identification Nationale du Praticien  
 - Cocher la mention utile pour chaque case

Description des ordonnances		جريدة الوصفات
تاریخ التقدیم Dates d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP :		
INP :		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الاحياء، الاشعة و الصور
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع طبيب الاشعة او الايجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
INP : [ ]	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
INP : [ ]	.....	.....	.....	.....	.....	

Description des actes effectués						وصفت 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 المغوفر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
HS	obt	07/07/23	D	15	400,-	<i>Dr. HAJ / Zouheir Chirurgien dentiste 1, Rue Ahmed Djajati ( Ex des A/ Marif - Casablanca )</i>
HH	obt	02/07/23	L	15	400,-	
11	obt	06/07/23	D	15	400,-	
26		11/07/23	D	10	300,-	
	obt	14/07/23	D	15	400,-	



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذلك معلماتها طبقاً لتأليف العمليات المهنية.

**Docteur Hajji Zouheir**  
**Chirurgien Dentiste**

64, Rue Ahmed Majjati (ex des Alpes) - Maârif  
Casablanca

Tél. : 05 22 23 47 02 / 05 22 99 32 31

IF = 40 70 98 20  
Casablanca, le : 14/07/2023  
Raeture

**الدكتور حجي زوهير**

**طبيب جراحي للأسنان**

زنقة أحمد الماجطي (دي زالب سابقا) - المعاريف  
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 47 02 / 05 22 99 32 31

Ses dentaires effectués à  $\text{M}^{\text{me}}$  DEROUZ  
Rejane.

Le montant des honoraires étant  
de mille Neuf cent Dir (= 1900,- Dir.)

*Dr. HAJJI ZOUHEIR  
Chirurgien dentiste  
4, Rue Ahmed Majjati (Ex des Alpes)  
Maârif, Casablanca*

ICE: 002034044000078



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 : 610-2-06

صفحة

Page 1 / 1

المؤمن إليه

N° d'immatriculation	111276632	رقم التسجيل	Destinataire
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 30/08/2023	au : 30/08/2023	من : إلى	MEKOUAR RAJAE

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه محمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	المصليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	للسابق	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الرسالة	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								
<b>MEKOUAR RAJAE</b>																			
127870521	27/06/2023	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	400,00	210,00	12,00	1,00	210,00	70,00	30/08/2023	147,00								
127870521	27/06/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	1600,00	175,00	10,00	4,00	700,00	70,00	30/08/2023	490,00								
127870518	18/07/2023	C	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	30/08/2023	56,00								
127870518	18/07/2023	T151	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	30/08/2023	112,00								
<b>Total remboursé</b>				<b>مجموع مبلغ التعويض</b>															
<b>Total général remboursé</b>				<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>															
<b>805,00</b>																			
<b>805,00</b>																			
<b>ما عدا خطأ أو نسيان</b>																			

- Sauf erreur ou omission

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

دار المؤمن - ساحة داكار - 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

يمكنك من المعلومات:  
 زيارة موقعنا الإلكتروني  
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
 أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالجيب الآلي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال الوظيفي على الأرقام