

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0021528

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003459 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve  
Nom & Prénom : Veuve EL Mansouri née Mekouar Rajab  
Date de naissance : 13/11/1964  
Adresse : Rue N°8 Imb 62 Apt 4 quartier Majaba  
Hay Hassani Casablanca  
Tél. : 0707796484 Total des frais engagés 19.00,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : MEKOUAR Rajab 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 : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 les 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 وألصقتها 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 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 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 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 ce qui précède.

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

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 : .....

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان</b> <b>Feuille de soins dentaires</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	مرجع رقم : 610-1-04 RAE: ANAM 1.2.03.01
<b>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</b>			
Nom et prénom : <u>MEKOUAR RAJAE</u>		الاسم والعائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : <u>001276632</u>		رقم التسجيل :	
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>B 422927</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même هو نفسه		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)*	
Adresse : <u>Rue N° 9 Imb 62 4 - Etage quartier Majat - Hay Hassan - Casablanca</u>		العنوان :	
Montant des frais : <u>1900.00</u> Dhs.		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : <u>04</u>		عدد الوثائق المرفقة :	
<b>Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان</b>			
Bénéficiaire des soins : <u>MEKOUAR RAJAE</u>		المستفيد من العلاجات :	
Nom et prénom :		الاسم والعائلي والشخصي :	
Date de naissance : <u>1967</u>		تاريخ الميلاد :	
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>422927</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* : <input type="checkbox"/> M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى		الجنس :	
<b>Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج</b>			
N° INP : <u>094011921</u>		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :	
Type de soins :		نوع العلاجات :	
Soins* :		علاجات* :	
Prothèse* :		البنية المسننة* :	
Orthodontie faciale* :		تقويم الأسنان الوجهي* :	
Autres* :		علاجات أخرى* :	
N° Entente 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 : <u>Casablanca</u> Le : <u>16/08/2023</u> توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)		J'ai déclaré les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>Casablanca</u> Le : <u>16/08/2023</u> توقيع وطابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste	

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
 \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* وضع العلامة في الخانة المناسبة





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

الدكتور حجي زوهير

طبيب جراحي للأسنان

64, زنقة أحمد المجاطي (دي زالب سابقا) - المعاريف  
الدار البيضاء

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

Facture

IF= 40 70 9820

Casablanca, le : 14 / 07 / 2023 : الدار البيضاء, في :

Soins dentaires effectués à M. NEROUAR  
Rejae.

Le montant des honoraires s'élève  
à mille Neuf cents Dir (= 1900,00)

Dr. HAJJI Zouheir  
Chirurgien dentiste  
64, Rue Ahmed Majjati ( Ex des Alpes)  
Maârif - Casablanca

ICE: 002034044000078



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

Page 1 / 1

الصفحة

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :  
Le : 30/08/2023 : بتاريخ :

المرسل إليه

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

Destinataire  
MEKOUAR RAJAE

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	المستفيد	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	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
MEKOUAR RAJAE											
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
Total remboursé											805,00
Total général remboursé											805,00

مجموع مبلغ التعويض

مبلغ التعويض الاجمالي

ما عدا خطأ أو نسيان

- 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  
www.cnss.ma/Portail/  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

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

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