

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 : 003459

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Verme

Nom & Prénom : YOUSSEF EL mansouri M.E. MELLOUAR Rayane

Date de naissance : 13/11/1961

Adresse : Rue N° 8 T. m. 62 App. 4 quartier Majola
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 : M.E. MELLOUAR Rayane Age : 52

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Rayane



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 les 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.

Signature et empreinte de l'agent
Cachet et Signature de l'Agence

Instructions à suivre

Présenter 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 les 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.

Signature et empreinte de l'agent
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

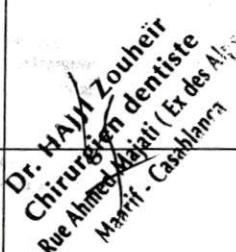
Date d'arrivée :

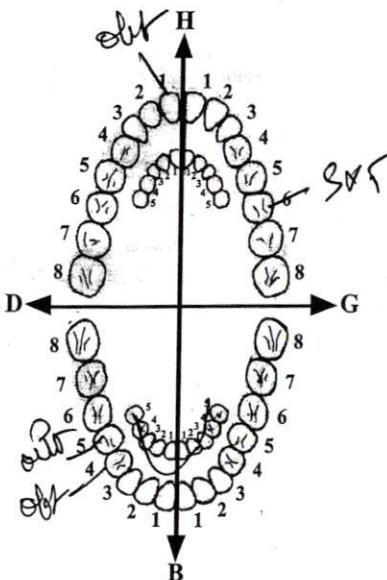
Date d'admission :

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
رقم الملف : 610-1-94 رقم المعاين : 5502		
خاص بالمعاين له (ها) الإسم العائلي والشخصي : M. KOMAR RAJAE رقم التسجيل : 101276632 رقم بطاقة التعرف الوطنية : B 122927 علاقة القرابة بين المستفيد والمعاين له (ها) العنوان : Rue N° 9, 1056 62 4 - Etoile مبلغ المصارييف : 19.000 Dhs. عدد الوثائق المرفقة : 01		
تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste		
المستفيد من العلاجات : M. KOMAR RAJAE الإسم العائلي والشخصي : Dr. HAJI ZOUHRA تاريخ الازدياد : 19/6/1961 رقم بطاقة التعرف الوطنية : Dr. HAJI ZOUHRA الجنس : F		
تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : N° INP 094011921 نوع العلاجات : Dr. HAJI ZOUHRA علاجمات : Chirurgien dentiste البلدة السنية : Casablanca تقديم الأسنان الوجهي : 4, Rue Ahmed Majati Ex des Alpes علاجمات أخرى : Casablanca رقم المعاقة المسبقة : _____ في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : _____ تاريخ : _____		
أشد بصفة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca ب : _____ Le : 16/08/2023 في : _____ توقيع المعاين له (ها) Signature de l'assuré (e)		
أشد بصفة وصفة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca ب : _____ في : _____ توقيع و طباع طبيب الأسنان 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
تاريخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المفروض Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

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	
HS	08t	27/6/23	Δ	15	400,-		
HH	08t	02/07/23	Δ	15	400,-		
11	08t	06/07/23	Δ	15	400,-		
26		11/07/23	Δ	10	300,-		
	08t	14/07/23	Δ	15	400,-		



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذلك معاملها طبقاً لدليل 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
Fracture

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

Soins dentaires effectués à الدار البيضاء

Rejane.

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

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

ICE: 00203 40440000 78



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

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation	Emis à : Le :	CASABLANCA 30/08/2023	اصدر ب : بتاريخ :	Destinataire
Règlements de la période du : 30/08/2023 au : 30/08/2023	رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى	MEKOUAR RAJAE		

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنوان	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	الأساس	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						
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						مجموع مبلغ التعويض											
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي											
805,00																	
805,00																	

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

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 07
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

مزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف

او الاتصال بالمجيب الالكتروني على الرقم
او الاتصال بمركز الاتصال الى الضمان على الارقام