

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-786062

NS 6992

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	10327	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : AZZAB Mohamed		
Date de naissance : 06 / 11 / 1924		
Adresse : Blvd HACI NI FAKIR Rés Les Jardins de Bali 2 Emr 4 Agt 8 Casa		
Tél. : 0666493849 Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : ATICUI Samya Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2013

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



الضمان الاجتماعي  
CNSS

**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

الم Merrill اليه

N° d'immatriculation 187211878 رقم التسجيل  
Règlements de la période أداءات الفترة  
du : 06/02/2023 من  
au : 06/02/2023 إلى

**Destinataire**

ATIQUI SAMYA

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	الخدمات	مهنبو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	المكمية	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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ATIQUI SAMYA											
114267631	31/12/2022	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	700,00	210,00	12,00	2,00	420,00	70,00	06/02/2023	294,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					

- 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](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

للتزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالجيب الإلكتروني على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

06 21 78 72

التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Ref: AN

Réf. : 610-1-04

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأنسان

## Feuille de soins dentaires



موافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution \*

Réf. : 610-1-04

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ATISQUA Samya

N° Immatriculation : 187211878

N° de la carte d'Identité Nationale :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  Lui-même  هو نفسه

Adresse : Reggane El Foutouh App 111, 1000 Casablanca

Montant des frais : 700 درهم Dhs.

Nombre de pièces jointes : 1

## تصريح طبيب الأسنان

## Bénéficiaire des soins

Nom et prénom : SAJYA  
Tariq Al Boraq  
13/06/1986

Date de naissance :

N° de la carte d'Identité Nationale : BJ 398741

Sexe\* :

M  ذكر  أنثى

\* الجنس :

## تعريف الطبيب المعالج

## N° INP

## Type de soins

Soins\*



\* علاجات\*

Prothèse\*



\* البدلة السنبلية\*

Orthodontie faciale\*



\* تقويم الأسنان الوجهية\*

Autres\*



\* علاجات أخرى\*

N° Entente préalable :

En cas d'accident précisez :

Date d'accident :



\* رقم الموافقة المسبقة :

في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :

\* تاريخ :

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

Fait à : Casablanca

Le : 21/01/2013

في:

توقيع المؤمن له (لها)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

Le : 21/01/2013

\* في :

\* توقيع طبيب الأسنان

iances	جريدة الوصيفات
المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	
	

Description des actes effectués					مدونات المراجعة	
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	نوع العمليات Lettre d'acte Catégorie NCDA	نوع المراجعة Type de visite Valeur offerte	المبلغ المقرر Montant facturé	بيان وظيفي طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chir. Dentiste
		31/12/22	Delta - D12	35 -		
		24/01/23	Delta - D12	35 -	<u>700</u>	

**Docteur R. Chaoui Mohamed**  
**Chirurgien Dentiste**

625, Bd. Mohamed V  
2ème étage N° 20  
Tél : 05 22 40 20 54  
Casablanca



**الدكتور الشاوي محمد**  
**طبيب جراحي للأسنان**

شارع محمد الخامس  
20 الطابق الثاني رقم 05  
الهاتف : 05 22 40 20 54  
الدار البيضاء

Casablanca, le : 8/1/2019

## FACTURE

Nom du patient(e) : ATiqi Sana

Nature des soins :

Nettoyage 2 heures

Coefficient des soins :

Dr

Honoraire :

700

Dr R. Chaoui Mohamed

Patente : 31216850 - CNSS : 2112853 - ICE : 001679058000033 - INPE 094014644 - I.F : 46101093