

## 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-786062

156992

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10327

Société :

RAD

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

AZZAB Mohamed

Date de naissance :

06/11/1974

Adresse :

Bld HACHIMI FICALI Rés Le  
Jardins de Badi 2 Imm 4 Apt 8 Cas

Tél. :

0666493849

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Atiqi Samya

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ 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 :

Casa Blanca

Le :

12/04/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

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

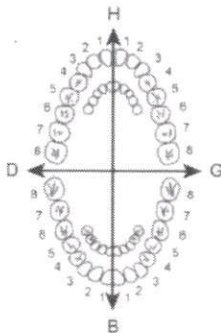
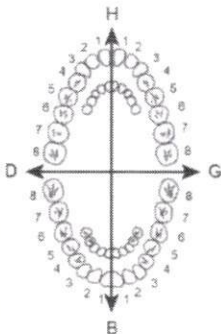
[illegible]

# 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 canalaux, 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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





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 : أصدر ب :  
Le : 14/02/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

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

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 استفدت 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 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
Total remboursé											294,00
Total général remboursé											294,00

- 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](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

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

تعليمات يجب اتباعها



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان  
Feuille de soins dentaires

التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-04

Ref : A

ins par personne et par événement.

it être accompagnée de toutes les  
iginales (ordonnances médicales,  
examens de radiologie et/ou de

la personne soignée doivent être  
eux mêmes sur chaque feuille de

PPM concernant les médicaments  
ts aux ordonnances transmises.

insi que les pièces justificatives  
à la CNSS dans les deux mois qui  
médical, sauf s'il y a traitement  
ce dernier cas, le dossier doit être  
ite (60) jours qui suivent la fin du

frais engagés sera effectué sur la  
tionale de référence.

accidents du travail et maladies  
pas couverts.

able de fraude ou de fausse  
r des prestations qui ne sont pas  
ctions légales et réglementaires.

arusement prise par la CNSS est  
des conditions réglementaires et de

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق  
الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج  
فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج  
من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية  
المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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 (60يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية  
المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير  
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات  
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية .

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة  
signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

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

Fait à : .....  
Le : 21/01/2023 في :  
توقيع المؤمن له (لها)

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

Fait à : .....  
Le : 21/01/2023 في :  
توقيع وطابع طبيب الأسنان

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ATTQUI Sanya

N° Immatriculation : 187211878

N° de la carte d'Identité Nationale : BJ348241

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن Lui même ☒ هو نفسه

Adresse : Rgs Regat Et Foutouh Apt 11 Casablanca

Montant des frais : 700 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

Bénéficiaire des soins

Nom et prénom : ATTQUI Sanya

Date de naissance : 13/06/1986

N° de la carte d'Identité Nationale : BJ348241

Sexe \* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

N° INP 034614644

Type de soins نوع العلاجات

Soins \* ☒ علاجات

Prothèse \* ☐ البهلة السنية

Orthodontie faciale \* ☐ تقويم الأسنان الوجهي

Autres \* ☐ علاجات أخرى

N° Entente préalable : .....

En cas d'accident précisez :  
Date d'accident : .....

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

Fait à : .....  
Le : 21/01/2023 في :  
توقيع المؤمن له (لها)

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

Fait à : .....  
Le : 21/01/2023 في :  
توقيع وطابع طبيب الأسنان





**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**

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

Casablanca, le : 31/01/2023

## FACTURE

Nom du patient(e) : Atique Sanga

Nature des soins : soins 2 heures

Coefficient des soins : Dir

Honoraire : 7000

Dr R. Chaoui Mohamed

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