

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 |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : 3723 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIM SOUFI

Date de naissance :

Adresse : Résidence Al Fajr, Imc n°7

Al Yessamine, Bécharoussé - CPSA

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

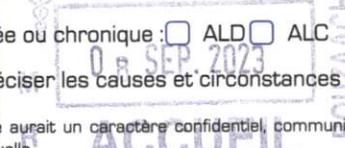
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

/ISA 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
Ref : 610-2006

صفحة 1 / 1

N° d'immatriculation 192195926

Règlements de la période

du 04/08/2023
au 04/08/2023

رقم التسجيل

إذاءات الفترة

من
إلى

Destinataire

BADREDDINE ABDELGHANI

LAGHDIR
SOUAD

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
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	نوع العلاج	العنف	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التغريفة المرجعية	معامل	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
AGHDIR SOUAD											
97834308	26/06/2023	D900	CHIRURGIE DENTAIRE	4000,00	2250,00	1.00	2,00	4500,00	70,00	04/08/2023	2800,00
97834308	26/06/2023	T151	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	04/08/2023	112,00
97834308	26/06/2023	D754	CHIRURGIE DENTAIRE	10000,00	2250,00	180,00	4,00	9000,00	70,00	04/08/2023	200,00
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض				3112,00			
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي				3112,00			

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

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف
او الاتصال بالمحبب الآلي على الرقم
او الاتصال بمركز الاتصال او الضمان على الأرقام

Dr. FATIMA OUARRAK

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

de l'enfant et de l'adulte

Diplômée de la Faculté de Médecine - France

05 22 73 98 00

Casablanca, le 26.06.83

ORDONNANCE

LAGHTDIR. (smad.)

Rx Panoramique (après)

Dr. Fatima OUARRAK
Chirurgien Dentiste
Bd. Ahmed Guernaoui Rue 25 N° 160
1er étage Lot. Saada (A. Cité de la
Pharmacie Kamar) Sidi Bernoussi
Casa - Tél: (02) 73.88.88

CENTRE HYGIÉNOLOGIQUE
AL MANSOUR
Lot Al Mansour Al Jadid Rue 51
N° 62 - 64 Sidi Bernoussi
Casablanca // Tél : 052044-163

Dr. FATIMA OUARRAK

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
de l'enfant et de l'adulte

Diplômée de la Faculté de Médecine - France

05 22 73 98 00

Casablanca, le 26-06-23

FACTURE

LAGHDOUR Sana d.

- Prothèses dentaires (les s/n 24-25 et

con s/n 44-45-46-47)

- Aucune de la présente facture à la

somme de Quatorze mille dirhams

(14.000 DA)

Dr. Fatima OUARRAK
Chirurgien Dentiste
Bd. Ahmed Guernaoui Rue 25 N° 100
1er étage Lot. Saâda (A. Côte de la
Pharmacie Kamar) Sidi Bernoussi
Casa - Tél: (02) 73.98.00

مركز الفحص بالأشعة المنصورة

DR.MADAD MOHAMMED

.Spécialiste en Radiologie

. Ancien Médecin-Chef des Hôpitaux Publics

Marocains

. Ancien Médecin-Attaché des F.A.R

. Diplômé des Hôpitaux de PARIS-FRANCE

. Radiologie numérisée-Mammographie

. Echographie-Écho doppler couleur

. Scanner

. Radio-Panoramique dentaire

Casablanca le : 20/07/2023

Nom et prénom : LAGHDIR SOUAD
Médecin traitant : Dr. FATIMA OUARRAK

PANORAMIQUE DENTAIRE APRES

Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

Indication :

- Bilan

Résultat :

- Soins dentaires.

Dr. MADAD Mohammed
Spécialiste
En Radio-Diagnostic

CENTRE RADIOLOGIQUE AL MANSOUR

مركز الفحص بالأشعة المنصورة

DR.MADAD MOHAMMED

.Spécialiste en Radiologie

. Ancien Médecin-Chef des Hôpitaux Publics
Marocains
. Ancien Médecin-Attaché des F.A.R
. Diplômé des Hôpitaux de PARIS-FRANCE

. Radiologie numérisée-Mammographie

. Echographie-Écho doppler couleur
. Scanner
. Radio-Panoramique dentaire

FACTURE

| Référence : Fac 544/2023
| Date : 20/07/2023
| Médecin traitant : Dr OUARRAK
| Nom PATIENT: LAGHDIR SOUAD

Examen	Prix TTC	Total
RX PANORAMIQUE APRES	200,00 DH	200,00 DH

Total TTC 200,00 DH

Arrêter la présente facture à la somme de deux cents Dirhams TTC



Lotissement AL Mansour AL Jadid, Rue 51 N° 62 - 64 Sidi Bernoussi-Casablanca
Centre Radiologique Al Mansour-Société Civile professionnelle
I.F : 15299075-CNSS : 4668789-Patente : 37959813-ICE : 000712273000043
Gmail : centre.radiologiealmansour@gmail.com Tél : 0520444163

Instructions à suivre		تعليمات 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 mes 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 المشتراء واثنتها 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 شهرین من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقّة، سيعاقب 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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
توقيع و طابع الوكالة Cachet et Signature de l'Agence		خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :		ناريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :		Date d'arrivée :

 الصندوق الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-1-04
خاص بالمؤمن له (نها)		
الإسم العائلي والشخصي : <i>LAGHDIR Souad</i> رقم التسجيل : <i>LB 2810716</i> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <i>2999195896</i> علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (نها) : <i>* ابنة</i>		
Nom et prénom : <i>LAGHDIR Souad</i> N° Immatriculation : <i>2999195896</i> N° de la Carte d'Identité Nationale : <i>LB 2810716</i> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : <i>* ابنة</i>		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه <input type="checkbox"/> Adresse : <i>Rés. El Fajr Imb. C - N° 11 Al Yessamine Haf Al Qods - Béruouiss - Casab</i> العنوان : <i>CASAB</i>		
Montant des frais : <i>14.000 Dhs.</i> مبلغ المصروف : <i>14.000 Dhs.</i> Nombre de pièces jointes : <i>6</i> عدد الوثائق المرفقة : <i>6</i>		
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان Bénéficiaire des soins : <i>LAGHDIR Souad</i> المستفيد من العلاجات : <i>الإسم العائلي والشخصي :</i> Nom et prénom : <i>LAGHDIR Souad</i>		
Date de naissance : <i>11/11/1986</i> تاريخ الإيداد : <i>11/11/1986</i> N° de la Carte d'Identité Nationale : <i>LB 2810716</i> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <i>LB 2810716</i>		
Sexe* : <i>M</i> <input type="checkbox"/> ذكر <i>F</i> <input checked="" type="checkbox"/> أنثى الجنس : <i>F</i> <input checked="" type="checkbox"/>		
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج N° INP : <i>10940168865</i> الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : <i>DR. Fatima BRAK</i>		
Type de soins نوع العلاجات Soins* <input type="checkbox"/> علاجات* Prothèse* <input checked="" type="checkbox"/> البدلة السنية* Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهى* Autres* <input type="checkbox"/> علاجات أخرى*		
N° Entente préalable : <i>LB 2810716</i> رقم المعاقة الميسقة : En cas d'accident prévoyez في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلى : Date d'accident <i>LB 2810716</i> تاريخ : <i>LB 2810716</i>		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : <i>CASAB</i> في : <i>CASAB</i> Le : <i>15/01/2016</i> في : <i>15/01/2016</i> توقيع المؤمن له (نها) <i>Signature de l'assuré (n)</i>		
Fait à : <i>CASAB</i> في : <i>CASAB</i> Le : <i>15/01/2016</i> في : <i>15/01/2016</i> طابع طبيب الأسنان <i>Dr. Fatima BRAK</i> Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste <i>Dr. Fatima BRAK</i>		

- * Cocher la mention utile pour chaque case

دار المؤمن - ساحة ناصر بابا 2186
دار المؤمن - الموقع على الأنترنت : www.cnss.ma
الهاتف : 05 22 54 86 07 - الماك : 05 22 54 86 07
Maison de l'Assuré -Place de DAKAR- Casablanca -Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 07 - Web : www.cnss.ma
Centre d'appels 0800 7200 7200
مك 05 22 54 86 07

وصيف المجراء

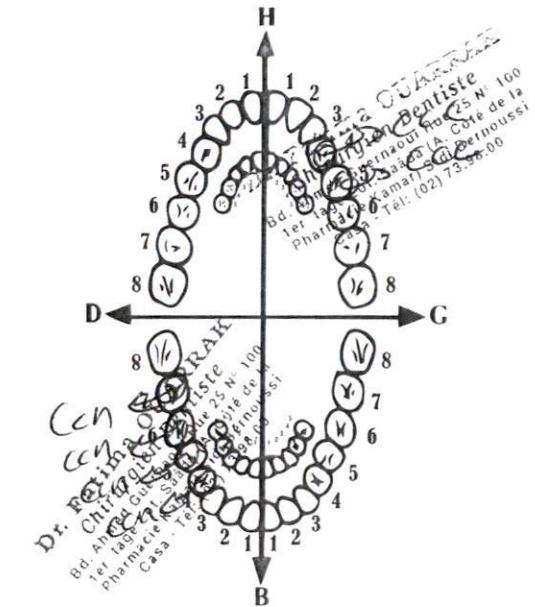
Description des ordonnances		جريدة الوصفات
تاريخ التفيد Dates d'exécution	المبلغ المغزى Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [REDACTED]		
INP : [REDACTED]		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Actes Paramédicaux

Description des actes effectués

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 المفoter Montant facturé	توقيع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
26-06	23	CCC 26-06-25	SUR 25			
		Dr. Ahmed Chirurgien Dentiste Pharmacie Kammal Sidi Bou Kamel - Tizi Ouzou - 02 73 08 00 00	Lot 25 N° 100 Côté de la Rue de la Kasbah - Sidi Bou Kamel - Tizi Ouzou - 02 73 08 00 00	9000	14.000 DA	Dr. Fatima Chirurgien Dentiste Bd. Ahmed Grighaoui Rue 25 N° 100 1er étage Lot. Saida (A. Côté de la Rue de la Kasbah - Sidi Bou Kamel - Tizi Ouzou - 02 73 08 00 00



لـى الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة
النـature des soins و son coefficient d'après la nomenclature des actes
profesionnels.