

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.

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

M23-0029726

Complément
Autres

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8462

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAITI Mohamed

Date de naissance : 1961

Adresse : HABITUELLE

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : 10 JAN. 2024

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 : 10 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

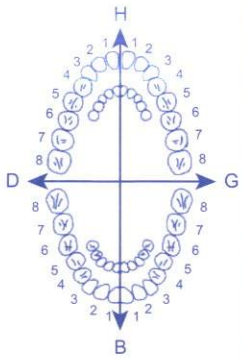
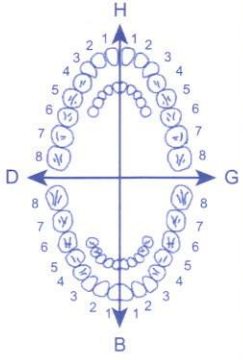
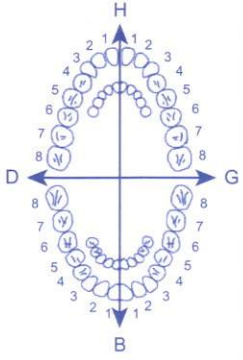
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

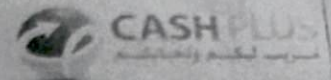
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



قائمة بالاستلام ACCUSE DE RECEPTION



REF: K16-3-101 : رقم الملف

Code agent: 701867 : رمز الوكالة

Numéro dossier



148176660

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom : FANJAOUT NADIA
N° d'immatriculation : 127641431
Nom et prénom du bénéficiaire : FANJAOUT NADIA

معلومات عن المؤمن له

Informations sur le dossier

Type dossier : DOSSIER DE REMBOURSEMENT DENTAIRE
Date/heure de dépôt : 10/11/2023 11:53
Date de soin : 2023-11-06
Montant des frais de soins : 2000 DHS

الاسم الكامل والشخصي
رقم التسجيل
الاسم الكامل والشخصي للتأمين
معلومات عن الملف

نوع الملف

تاريخ ووقت الادراج

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

جنسي: سيدة
لقد توصلنا بماتلقا ونفكر انكم انتم مستم احالته على مصالح الصندوق
وطني للضمان الاجتماعي من اجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021. Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

بإطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الإجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بجمع معطياتكم الشخصية اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه التغطية. لجهة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021. فن أن ترسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تنتمون إليها وإلى الإدارات وركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :
- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcp@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télécounselors du Centre d'appel Allo Damani aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

نرسة حقوقكم فيولوج والتصحيح والتعويض. وهذا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pdcp@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "الو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200
رف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق المتعلقة بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier

من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

Sauf erreur ou omission

جى زيارة موقعنا الإلكتروني

البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

تطبيق الهاتف

الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

خطا او تسيال

PHARMACIE TAE
LANGESEFER Wal
Tel: 05 22 28 21
280, Route l'adant De

29/M/23

MS. a

TYPE - 092054998

INP : _____

[illegible]

تاريخ العمليات
Dates des actes

رمز العمليات
Code des actes

معامل العمليات
Lettre Clé+
Cotation NGAP

قيمة المعامل
Valeur Clé

المبلغ المفوتر
Montant facturé

tre accompagnés
inales (ordonnances médicales,
amens de radiologie et/ou de

personne soignée doivent être
ux mêmes sur chaque feuille de

I concernant les médica
aux ordonnances trans

que les pièces justifica
CNSS dans les deux mois qui
dical, sauf s'il y a traiten
emier cas, le dossier doit
(60) jours qui suivent la f

is engagés sera effectuée
ionale de référence.

ents du travail et maladies
s couverts.

e fraude ou de fausse
prestations qui ne s
ns légales et régleme

ent prise par la CNS
onditions réglementaires et

و المحبب).

اسم الكامل للشخص المعالج من طرف
على كل ورقة علاج.

OEDES 20mg
14 gélules



6 118001 100071

رقعة التعليمات الخاصة بالأدوية
صفات المرسلة.

رقعة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصي
ان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
ما عدا في حالة العلاج المستمر في
تقديم الملف في حدود شهرين (0)

Codoliprane®
Paracétamol / Codéine
400 mg/20 mg 16 Comprimés
sécatibles



6 118000 040217

المبالغ المصروفة على أساس

مة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير
ن.

EFFIPRED®
20 Comprimés
effervescent 20 mg



6 118000 031369

عليه غش أو تصريح كاذب للإست
، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية

من طرف الصندوق الوطني لل
هين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق

TADARY
Wafaa
282187
Bechkou - Cam

الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet
B

5761417
montant facturé

[illegible]

INP: _____

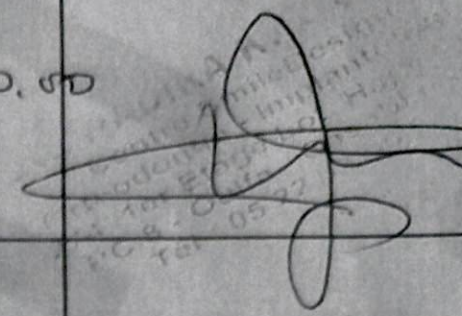
[illegible]

INP: _____

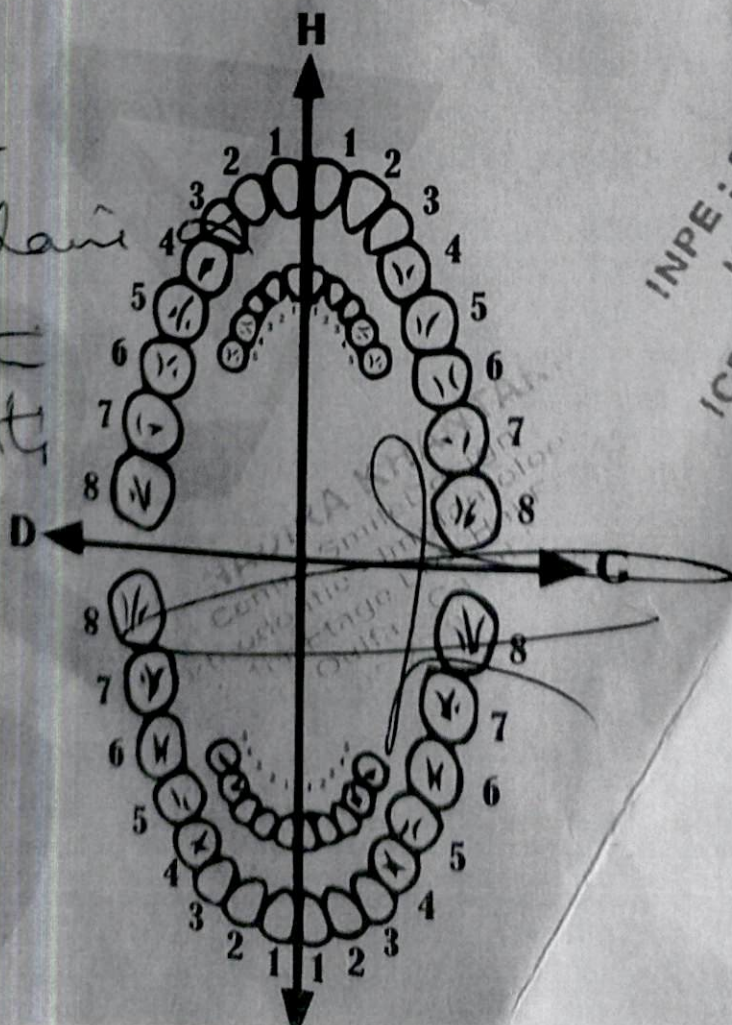
Actes Paramédicaux

[illegible]

NP · 1

Description des actes effectués			معامل العمليات Lettre Clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes				
13	travail canalair	27.11 2023		D + Dux	700.00	

tt
canalair
+
oblique
aux dents



INPE : 094175221
IF : 5601564
ICE : 000800171000096

Dr. Nadira KHANTARI

- Diplômée de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
- Diplômée de l'université européenne MIGUEL cervantes
- Diplôme d'esthétique dentaire de l'université de Genova

Chirurgien dentiste - Orthodontiste - Implantologie
Orthodontie - Prothèse - Soins - Implant - Blanchiment
Radio technique d'alignement par gouttières invisible



الدكتورة نادية خنتري

- خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
- ملحققة سابقة بمستعجلات طب الأسنان بإبن رشد
- خريجة الجامعة الأوروبية ميغيل سرفانتيس
- جراحة وتقويم إعوجاج الأسنان
- تقويم إعوجاج الأسنان - تعويض
- علاج أمراض اللثة - زرع - تبييض - أشعة

Casablanca, le : 27.11.2023 : الدار البيضاء، في

Note d'honoraires

Nom du Patient		Date d'examen	
M. Fajjari Nadia		27.11.2023	
Soins / Prothèses Réalisés	Dent	Prix	
traitement cémentaire + obturation aux courants	13	700.00	
Total		700.00.000	

Arrêtée la présente Note d'honoraires à la somme de Sept Cent
Le Dr. Nadira Khantari

Signature

INPE : 094175221

IF : 5601564

ICE : 000800171000096

ICE : 000800171000096

274, 1ère étage Haj fateh PC 8 à côté du Marché Haj Fateh

NADIRA KHANTARI
Centre Smile Design
Orthodontie - Implantologie
274, 1er Etage Haj Fateh
PC 8 - Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 86 86 50

Dr. Nadira KHANTARI

- Diplômée de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
- Diplômée de l'université européenne MIGUEL cervarites
- Diplôme d'esthétique dentaire de l'université de Genova

Chirurgien dentiste - Orthodontiste - Implantologie
Orthodontie - Prothèse - Sein - Implant - Blanchiment
Radio technique d'alignement par gouttières invisible



الدكتورة نادرة خنتري

- خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
- ملحققة سابقة بمستشفيات طب الأسنان بإذن رشد
- خريجة الجامعة الأوروبية ميكل سيفانتيس

جراحة وتقويم إعوجاج الأسنان
تقويم إعوجاج الأسنان - تعويض
علاج أمراض اللثة - زرع - تبييض - أشعة

Ordonnance

Casablanca, le : 27.11.2023 : الدار البيضاء، في :

NOM & Prénom : Mr Fajjaoui Naha

40.00 1/ Effipred 20mg (1s)

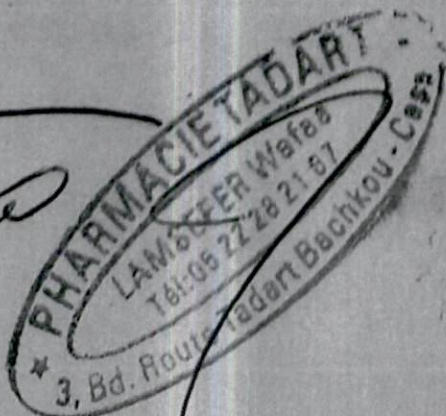
3gmati p24 4j

22.20 2/ Colipren 800mg (1s)

1gmati
1pboir p24 3j

52.80 3/ oeder 20mg (1s)

1gmati p24 6j



NADIRA KHANTARI
Centre Smile Design
Orthodontie - Implantologie
1er Etage Cor. Haj Farah
BOULEVARD Oulfa - Casablanca
Tel: 05 22 28 21 57



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان
Feuille de soins dentaires

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Ref : ANAM 1.2.03.01

مرجع رقم 610-1-04

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution*

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

الاسم العائلي والشخصي : **FANJAOUI NADIA**
Nom et prénom :

رقم التسجيل :
N° Immatriculation : **127641431**

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° de la Carte d'Identité Nationale :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

العنوان :
Adresse : **LOT BACHKOU Rue n°7, N50 RES LAMIA**
ETG 01 n°03 Casablanca

بلغ المصاريف :
Montant des frais : **815,00** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة :
Nombre de pièces jointes : **5**

تصريح طبيب الأسنان
Déclaration du Chirurgien Dentiste

المستفيد من العلاجات :
Bénéficiaire des soins : **Nadia Fanjaoui**
الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :
Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° de la Carte d'Identité Nationale :

الجنس* :
Sexe* : **M** ذكر **F** أنثى

تعريف الطبيب المعالج
Identification du Chirurgien Dentiste

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
N° INP **INPE-1094175221**

نوع العلاجات :
Type de soins **IF : 5601564**

علاجات*
Soins* **ICE : 000800171000096**

البدلة السنية*
Prothèse* ☐

تقويم الأسنان الوجهي*
Orthodontie faciale* ☐

علاجات أخرى*
Autres* ☐

رقم الموافقة المسبقة :
N° Entente préalable :

في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي :
En cas d'accident précisez

تاريخ :
Date d'accident

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

فعل : **ب**

فعل : **في**

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

فعل : **ب**


فعل : **في**

توقيع وطابع طبيب الأسنان
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

- INP : Identification National du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

 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	
	Emis à : CASABLANCA : أصدر ب : Le : 13/12/2023 : بتاريخ :		Page 1 / 1 الصفحة	
N° d'immatriculation 127641431 رقم التسجيل Règlements de la période : من : 12/12/2023 : إلى : 12/12/2023 : اداءات الفترة		Destinataire المرسل إليه FANJAOUI NADIA		

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	العنيت	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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
FANJAOUI NADIA											
144935462	27/11/2023	D704	CHIRURGIE DENTAIRE	400,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	12/12/2023	122,50
144935462	27/11/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	300,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	12/12/2023	122,50
144935462	27/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	115,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	12/12/2023	80,50
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											325,50
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											325,50

- 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
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام