

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M23-0029726

*complément*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **8462**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**HAITI**

**RAM**

Date de naissance :

**1961**

Adresse :

**HABITUELLE**

**190213**

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

**TO 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 : **CASAB**

Le : **10 / 01 / 2024**

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

## 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 :

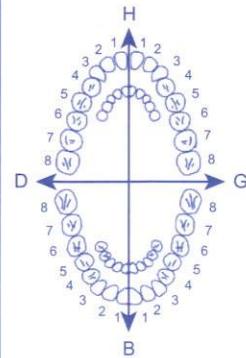
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

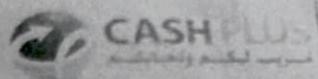


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ACCÈS DE RÉCEPTION



Numéro dossier



148176660

Code agent : 701857 رقم الوكالة :

Informations sur l'assuré

Nom et prénom

FANJAOU NADIA

الاسم العائلي ، التناصي

N° d'immatriculation

127641431

رقم التسلسل

Nom et prénom du bénéficiaire

FANJAOU NADIA

الاسم العائلي ، التناصي ، التدليس ، التسلسل

Informations sur le dossier

Type dossier

DOSSIER DE REMBOURSEMENT DENTAIRE

نوع الملف

Date/heure de dépôt

10/11/2023 11:53

تاريخ ووقت الالاماع

Date de soin

2023-11-06

نوع العلاج

Montant des frais de soins

2000 DHs

نوع تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,

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

نحوتني ، سيدتي ، سيد ،  
د. نوحتني بمظلة خضراء كد. سنت احالة على مصالح الصندوق  
عالي التأمين الاجتماعي من أجل معالجتها.

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.

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.pdcn@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcn@cnss.ma) ;
- Prendre contact avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opéraatoire 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.maenss.ma](http://www.maenss.ma)

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

Veuillez visiter notre site Web

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)

من المعلومات ولتتبع معالجة ملفك

ou le portail des assurés

[www.maenss.ma](http://www.maenss.ma)

عن وثيقة موافقة الإلكتروني

ou l'application mobile

Ma CNSS

الوثيقة الإلكترونية المترافق معها

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

عنوان الإلكتروني

Seul erreur ou omission

الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

خط او سينار

## تاریخ التنفيذ

### Dates d'exécution

### Fix factors

29/11/23

MS. A

INP:

الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية  
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur



Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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

personne soignée doivent être  
ux mêmes sur chaque feuille de

**OEDES 20mg**  
14 gélules

concernant les médicaments  
aux ordonnances transmises

que les pièces justificatives  
au CNSS dans les deux mois qui  
dical, sauf s'il y a traitement  
ernier cas, le dossier doit  
(60) jours qui suivent la fin

**Codoliprane®**  
Paracétamol / Codéine  
400 mg/20 mg  
16 Comprimés  
sécables

is engagés sera effectué  
ionale de référence.

ents du travail et maladies  
s couverts.

e fraude ou de fausses  
prestations qui ne sont pas  
ns légales et réglementées

ent prise par la CNS  
onditions réglementaires et

**EFFIPRED®**  
20 Comprimés  
effervescents 20 mg

6 118000 031369

و المحضر).

اسم الكامل للشخص المعالج من طرف  
على كل ورقة علاج.

رقة التعليمات الخاصة بالأدوية  
صفات المرسلة.

رقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصناديق  
ان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول  
ادا في حالة العلاج المستمر. فإذا  
تدمي الملف في حدود شهرين (0

المبالغ المصروفة على أساس

مة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير

عليه غش أو تصريح كاذب للإسناد  
سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية

من طرف الصندوق الوطني للاستثمار  
هين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق

## مُصَبِّلِي أَعْمَالِي مُورِّنِسِيُّورُزِ الدِّسْبِ

~~TADART~~  
Wafaa  
18/21/97  
Bechou - CSF

## أ و الصور

## أشعة أو الإحيائي

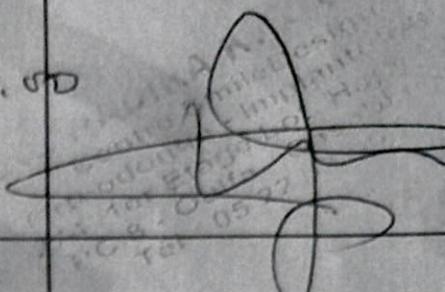
Signature et Cadre

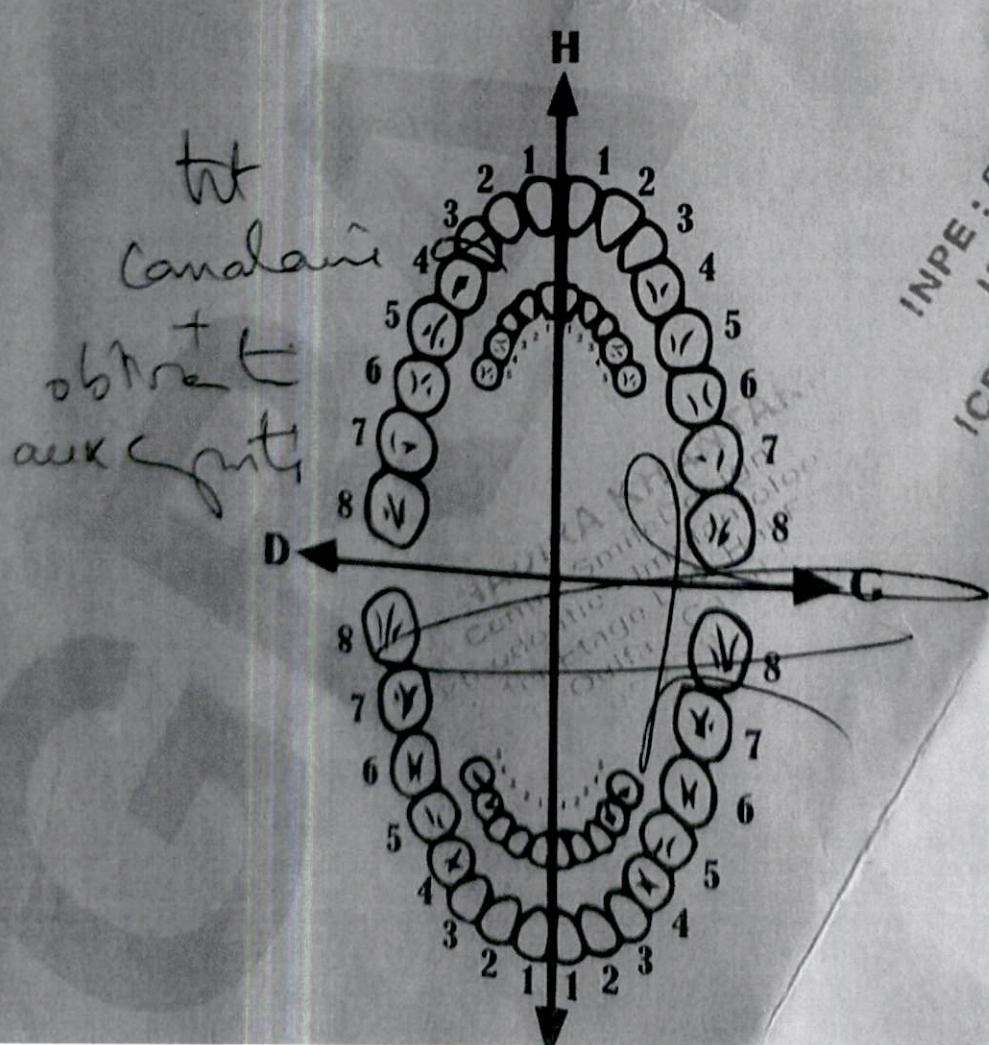
5761417

Dear Sirs | Montauk

Actes Paramédicaux

NP, 1

Description des actes effectués							توقيع و طابع طبيب الأسنان
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 المفوت Montant facturé	Signature et Cachet du Chirurgie Dentiste	
13		traitant 27.11 canalain 2023	D TDK		700.00		



INPE : 094175227  
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 - Soin - Implant - Blanchiment  
Radio technique d'alignement par gouttières invisible



الدكتورة نديرة خنتري

- خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
- ملحقة سابقة بمستعجلات طب الأسنان بابن رشد
- خريجة الجامعة الأوروبية ميكيل سرفانتيس

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

Casablanca, le : 27.11.2023

الدار البيضاء، في

## Note d'honoraires

Nom du Patient	Date d'examen	
Khantari Nadia	27.11.2023	
Soins / Prothèses Réalisés	Dent	Prix
traitement cémenté + obturati aux ponts	13	700.00
Total		700.00.00

Arrêtée la présente Note d'honoraires à la somme de

Sept cent  
dix francs

Signature

INPE : 094175221  
IF : 5601564  
ICE : 000800171000096

ICE : 000800171000096

NADIRA KHANTARI  
Centre Smile Design  
Orthodontie - Implantologie  
274, 1er étage PC 8 - Oujda - Casablanca  
Tél : 05 22 86 50

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

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 Génova

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



الدكتورة نديرة خنطري

- خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
- ملحقة سابقة بمختبرات طب الأسنان بالدار البيضاء  
- خريجة الجامعة الأوروبية بمختبرات طب الأسنان

دراجة وتقديم إعوادج الأسنان  
تقديم إعوادج الأسنان - تقويم  
علاج أمراض اللثة - زرع - تبييض - أمثلة

## Ordonnance

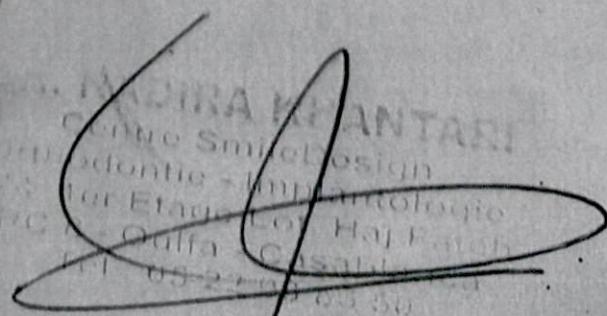
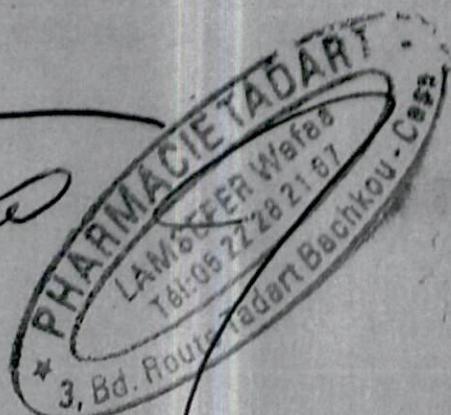
Casablanca, le : 27.11.2023 الدار البيضاء، في

NOM &amp; Prénom :

Am Foujaoui Nadira

40. al 21 Effipred 20mg 1.5  
3g mati pt 450  
22. 21 Collophane 20mg 1.5  
Igmati 1A 3 P  
52. 8 3/0 edes 20mg 1.5  
1gmati pt 6 P

Ms. a





ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان  
Feuille de soins dentaires

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

Ref : ANAM 1.2.03.01

موافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution\*

مرجع رقم : 610-1-04

Partie réservée à l'assuré (e)

الإسم العائلي والشخصي : .....

Nom et prénom : FANJAQUI NADIA

رقم التسجيل :

427641431

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° Immatriculation : 427641431

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)\*

N° de la Carte d'Identité Nationale :

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

Conjoint  زوج Enfant  ابن Lui même  هو نفسه

العنوان :

Adresse : LOT BACHKOU Rue n° F, N50 RES LAMIA  
ETG 01 n° 03 Casablanca

مبلغ المصارييف :

Montant des frais : 815,00 Dhs.

عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du Chirurgien Dentiste

تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات :

Bénéficiaire des soins :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

Sexe\* :

تعريف الطبيب المعالج

N° INP INPE : 1094175221

Type de soins IF : 5601564

Soins\* ICE : 000800171000096

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة :

نوع العلاجات

\* علاجات

Prothèse\*

\* البذلة السنية

Orthodontie faciale\*

\* تقويم الأسنان الوجهي

Autres\*

\* علاجات أخرى

N° Entente préalable :

رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident présez

في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي :

Date d'accident

تاريخ :

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 : .....

ب

Le : ..... في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Fait à :

ب Casablanca

Le :

في : 14/11/2023

توقيع و طابع طبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste



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  
مراجع رقم : 610-2-06

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

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	العنسبات	مهنبو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	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
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
<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

للمزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالسحب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الصisan على الأرقام