

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

W21-836813

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12729 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEHAJI OTHMAN
Date de naissance : 29/04/1986
Adresse : Rue AL KARNA TAN TRANE 2. Apt 12
RAY RIAD RABAT
Tél. : 0648 220364 Total des frais engagés : 5800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : SEUNANI OULFA Age : 41
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1707 JAN 21

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 : RABAT Le : 12/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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	



VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>				CCEFFICIENT 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"/>	

**A952EFF779414821A3DAB2A3A9BE3914 OULFA SENNANI
02/12/2023 10:09:22
Intra non défini
01/12/2023

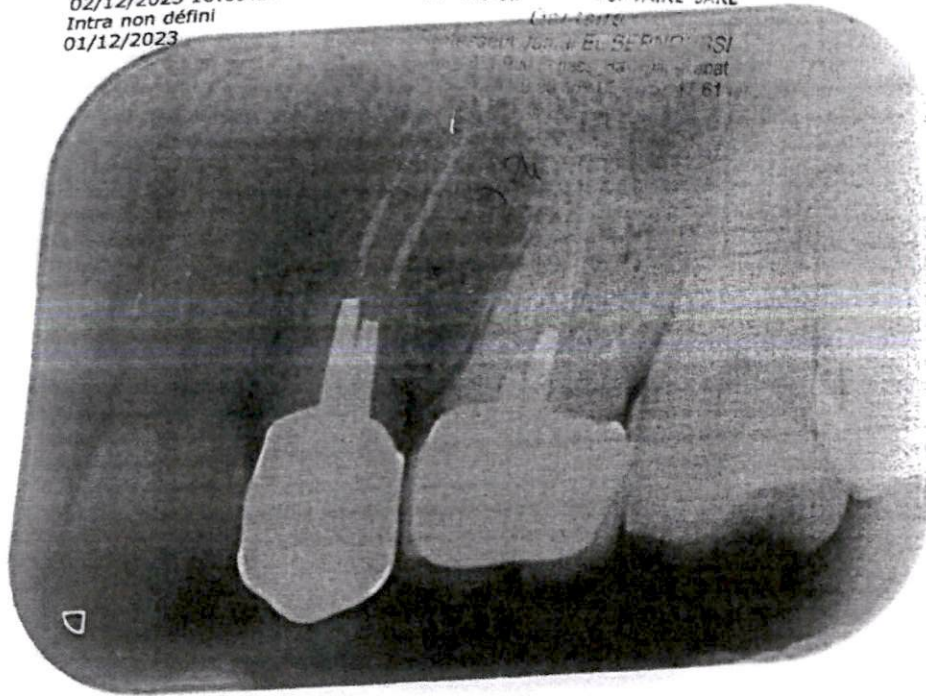
MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL

Dentaire

Professeur Jamal EL BERNOUSSI

Sect. 10. 1 Rue El Hachem Hay Riad-Rabat

Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61



Après

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Dentaire
Professeur Jamal EL BERNOUSSI
Sect. 10. 1 Rue El Hachem Hay Riad-Rabat
Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

Intra non défini
16/11/2023

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL

Dentaire

Professeur Jamal EL BERNOUSSI

Sect. 10. 1 Rue El Hachem Hay Riad-Rabat

Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61



Avant

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Dentaire
Professeur Jamal EL BERNOUSSI
Sect. 10. 1 Rue El Hachem Hay Riad-Rabat
Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

Note d'honoraire N°: 2980-F-2023

Date : 02/12/2023

SENNANI OULFA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Endodontie groupe prémolaires	D705	D 15	24	700,00 DH
Inlay core pluriradiculée métallique en alliage no	D759	D 100	24	600,00 DH
Obturation composite cavité complexe 2 Faces	D702	D 15	22	500,00 DH
TOTAL				1 800,00 DH

Mode règlement : Chèque

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Dentaire
Professeur Jamal EL BERNOUSSI
Sect. 10, Hay Riad - Rabat
Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Mille huit cent MAD

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Signature du praticien
Professeur Jamal EL BERNOUSSI
Dentaire
Sect. 10, Hay Riad - Rabat
Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

1, RUE AL IJASS, SECTEUR 10, BLOC O, HAY RIAD, RABAT - Tél. : 05 37 57 17 61 - Fax : 05 37 57 17 62
Email : contact@mahajdentaire.com

Patente: 255680096, IF: 3305877, CNSS : 8422412 ICE : 000042067000061 RC : 81109

Note d'honoraire N°: 2981-F-2023

Date : 02/12/2023

SENNANI OULFA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Couronne céramocéramique	D900	D 200	24	4 000,00 DH
TOTAL				4 000,00 DH

Mode règlement : Chèque

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Quatre mille MAD

Signature du praticien
MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Dentaire
Professeur Jemal EL BERNOUSSI
Sect. 10, T. Rue El Jass, Hay Riad-Rabat
Tél. : 06 61 14 20 66 / 05 37 57 17 61

1, RUE AL IJASS, SECTEUR 10, BLOC O, HAY RIAD, RABAT- Tél. : 05 37 57 17 61- Fax : 05 37 57 17 62-
Email : contact@mahajdentaire.com

Patente: 255680096, IF: 3305877, CNSS : 8422412 ICE : 000042067000061 RC : 81109

Scanné avec CamScanner

Feuille de soins par personne et par événement.

de soins doit être accompagnée de toutes les justificatives originales (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et/ou de ...)

prénom de la personne soignée doivent être inscrits par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de

us et les PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances transmises.

: soins ainsi que les pièces justificatives présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent l'acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être remis tous les 60 jours qui suivent la fin du

ment des frais engagés sera effectué sur la base du barème national de référence.

: aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

ble de la CNSS pour les prothèses et implants dentaires est nécessaire.

coupable de fraude ou de fausse déclaration obtenir des prestations qui ne sont pas couvertes par les sanctions légales et réglementaires.

remboursement prise par la CNSS est effectuée sous réserve des conditions réglementaires et de

تقديم ورقة العلاجات بالمسبقة لكل مريض ولكل حدث يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوصات الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للتأمين المملو من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المقررة وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني الضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول صلية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المسروقة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقديم السنوي الوجهي ضرورية.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين بالاحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع ومضيق الوكالة Signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإقليمي Réservé à la DANO
تاريخ الإيداع : / /	تاريخ الاستلام : / /

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإقليمي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	مواصفة مسبقة Entente préalable*	تغطية Couverture*
Partie réservée à l'assuré(e) (لها)		
Nom et prénom : OULFA SENNANI		الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 122204773		رقم التسجيل :
N° de la carte d'Identité Nationale : 06 61 19 20 66 19		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : 3 Rue 4, Résidence Idriss, Apt 12 - Rue Al Karam - Hay El Had - Rabat		العنوان :
Montant des frais : 4000 Dhs		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 2		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Chirurgien Dentiste		
Bénéficiaire des soins		
Nom et prénom : SENNANI OULFA		
Date de naissance : 18/05/1988		
N° de la carte d'Identité Nationale :		
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		
Identification du Praticien		
N° INP 104000195		
Type de soins		
Soins <input type="checkbox"/>		
Prothèse <input checked="" type="checkbox"/>		
Orthodontie faciale <input type="checkbox"/>		
Autres* <input type="checkbox"/>		
N° Entente préalable :		
En cas d'accident précisez :		
Date d'accident :		
Causes de l'accident :		
أشهاد بمسبقة كل ما ذكره المراجع		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		
Signature de l'assuré(e)		
Signature du Praticien		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiées.		
Signature du Chirurgien Dentiste		
Signature de l'Agence		

feuille de soins par personne et par événement.

soins doit être accompagnée de toutes les
atives originales (ordonnances médicales,
tats des examens de radiologie et/ou de

exem de la personne soignée doivent être
maticiens eux mêmes sur chaque feuille de

et les PPM concernant les médicaments
être joints aux ordonnances transmises.

soins ainsi que les pièces justificatives
sentes à la CNSS dans les deux mois qui
ser acte médical, sauf s'il y a traitement
Dans ce dernier cas, le dossier doit être
soixante (60) jours qui suivent la fin du

nt des frais engagés sera effectué sur la
mon nationale de référence.

aux accidents du travail et maladies
se sont pas couverts.

le de la CNSS pour les prothèses et
iale est nécessaire.

coupable de fraude ou de fausse
btenir des prestations qui ne sont pas
as sanctions légales et réglementaires.

mboursement prise par la CNSS est
sect des conditions réglementaires et de

نقدم ورقة العلاجات بلانصة لكل مريض ولكل حدث.
بحسب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق
الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج
فحوص الأنسجة لو المختبر).

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

بحسب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الالاقية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
صليبة طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المسروقة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات
غير ممتنعة، سيعاقب طبقا للمسلط القانوني.

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
مواظبة مسبقة Entente préalable*	تتطلب Exécution*	الرقم الوطني للضمان الاجتماعي N° INP
Partie réservée à l'assuré(e) (الأمين)		
Nom et prénom : OULFA SENNANI		الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 122204331		رقم التسجيل :
N° de la carte d'Identité Nationale : BE742665		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الأمين) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : Secteur 3, Lot 4, Rue A.P. Karam - apparemment 12, résidence El-Badr - Hay Riad, Rabat		الموطن :
Montant des frais : 1800 Dhs.		مبلغ التعويض :
Nombre de pièces jointes : 3		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان		
Bénéficiaire des soins SENNANI OULFA		
Nom et prénom :		
Date de naissance : 18/05/1987		
N° de la carte d'Identité Nationale : 122204331		
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج		
N° INP : 104000195		
Type de soins نوع العلاجات		
Soins <input type="checkbox"/> علاجات		
Prothèse <input type="checkbox"/> البدلة dentaire		
Orthodontie faciale <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهي		
Autres* <input type="checkbox"/> الأبحاث أخرى		
N° Entente préalable : 122204331		
En cas d'accident précisez : 122204331		
Date d'accident : 12/12/2023		
Causes de l'accident : 122204331		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. (أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.)		
Fait à : Rabat		
Le : 12/12/2023		
Signature de l'assuré(e) : [Signature]		
Signature du Chirurgien Dentiste : [Signature]		
Date d'arrivée : 12/12/2023		

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

www.cnss.ma - 022 54 86 25/26/27/28 - 022 54 86 17/18 - 022 54 86 19/20 - 022 54 86 21/22 - 022 54 86 23/24 - 022 54 86 25/26 - 022 54 86 27/28 - 022 54 86 29/30 - 022 54 86 31/32 - 022 54 86 33/34 - 022 54 86 35/36 - 022 54 86 37/38 - 022 54 86 39/40 - 022 54 86 41/42 - 022 54 86 43/44 - 022 54 86 45/46 - 022 54 86 47/48 - 022 54 86 49/50 - 022 54 86 51/52 - 022 54 86 53/54 - 022 54 86 55/56 - 022 54 86 57/58 - 022 54 86 59/60 - 022 54 86 61/62 - 022 54 86 63/64 - 022 54 86 65/66 - 022 54 86 67/68 - 022 54 86 69/70 - 022 54 86 71/72 - 022 54 86 73/74 - 022 54 86 75/76 - 022 54 86 77/78 - 022 54 86 79/80 - 022 54 86 81/82 - 022 54 86 83/84 - 022 54 86 85/86 - 022 54 86 87/88 - 022 54 86 89/90 - 022 54 86 91/92 - 022 54 86 93/94 - 022 54 86 95/96 - 022 54 86 97/98 - 022 54 86 99/100

logo-cnss

الهيئة العامة
ACCUSE DE RECEPTION

بريد كاش
BARIDCASH

Réf : 610-2-102 : مرجع رقم

Code agence : 083673 : رمز الوكالة



Numéro dossier

146074024

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom SENNANI OULFA
N° d'immatriculation 122204771
Nom et prénom du bénéficiaire SENNANI OULFA

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل
الاسم العائلي والشخصي للمنفعة

Informations sur le dossier

Type dossier DOSSIER DE REMBOURSEMENT DENTAIRE
Date/heure de dépôt 14/12/2023 17:26
Date de soin 2023-12-02
Montant des frais de soins 4000 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف
تاريخ ووقت الإيداع
تاريخ العلاج
مبلغ تكليف العلاج

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

سيدي، سيدي،
لقد توصلنا بملفكم بخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل 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.

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 télé-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 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 :

Veuillez visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma CNSS

05 20 19 40 40

زيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

و تطبيق الهاتف

و الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

Sauf erreur ou omission

١٤٤٥ هـ

logo-cnss

إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTIONبريدكاش
BARIDCASH

Réf : 610-2-102 : مرجع رقم

Code agence : 083673 : رمز الوكالة

Numéro dossier



146074023

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom SENNANI OULFA
N° d'immatriculation 122204771
Nom et prénom du bénéficiaire SENNANI OULFA

معلومات عن المؤمن له

الاسم المعالي والشخصي
رقم التسجيل
الاسم المعالي والشخصي للمنفيد

Informations sur le dossier

Type dossier DOSSIER DE REMBOURSEMENT DENTAIRE
Date/heure de dépôt 14/12/2023 17:23
Date de soin 2023-12-02
Montant des frais de soins 1800 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف
تاريخ وقت الأيداع
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.

سيدي، سيدي،
لقد توصلنا بملفكم. نخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي من أجل 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.

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتجميع معطياتكم الشخصية اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه التغطية. معالجة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021. يمكن أن ترسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تنتمون إليها وإلى الإدارات و الشركاء 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 télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقا 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

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

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على النليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

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

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

- Veuillez visiter notre site Web
- ou le portail des assurés
- ou l'application mobile
- ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma
www.macnss.ma
Ma CNSS

05 70 19 40 40

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

05 70 19 40 40

	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 Le : 29/12/2023	أصدر ب : بتاريخ :	الصفحة 1 / 1 Page
N° d'immatriculation 122204771 Règlements de la période du : 29/12/2023 : من au : 29/12/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire SENNANI OULFA	

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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 rembour-sement	Taux de rembour-sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SENNANI OULFA											
146074023	16/11/2023	D702	CHIRURGIE DENTAIRE	500,00	262,50	15,00	1,00	262,50	70,00	29/12/2023	183,75
146074023	16/11/2023	D705	CHIRURGIE DENTAIRE	700,00	262,50	15,00	1,00	262,50	70,00	29/12/2023	183,75
146074024	20/11/2023	D900	CHIRURGIE DENTAIRE	4000,00	2250,00	1,00	1,00	2250,00	70,00	29/12/2023	1575,00
Total remboursé											1942,50
Total général remboursé											1942,50

- 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