

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 12729

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MEHARI

OUMIRAN

Date de naissance :

29/04/1986

Adresse : Rue AL KARO TAN IRAN E 2. App 12

RAY RIAD RABAT

Tél. : 0648 990364

Total des frais engagés : 5800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT

182670

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SENNANI SULFA 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 :

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

Signature de l'adhérent(e) : ZAK

Le : 12/01/2014



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

VOLET ADHERENT

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

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

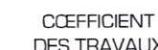
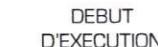
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la progression

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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 Ijass, Hay Riad-Rabat

Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL

Dentaire

Professeur Jamal EL BERNOUSSI

Sect. 10, 1 Rue El Ijass, Hay Riad-Rabat

Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

Intra non défini

16/11/2023

APFS

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL

Dentaire

Professeur Jamal EL BERNOUSSI

Sect. 10, 1 Rue El Ijass, Hay Riad-Rabat

Tél : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

Aoan-

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL

Dentaire

Professeur Jamal EL BERNOUSSI

Sect. 10, 1 Rue El Ijass, 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
MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL Professeur Jamal EL BEBERNOUSSI Sect. 10, Rue Al Ijass, Hay Riad-Rabat Tel : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61			TOTAL	1 800,00 DH

Mode règlement : Chèque +

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Professeur Jamal EL BEBERNOUSSI
Sect. 10, Rue Al Ijass, Hay Riad-Rabat
Tel : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Mille huit cent MAD

Signature du praticien

MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Professeur Jamal EL BEBERNOUSSI
Sect. 10, Rue Al Ijass, Hay Riad-Rabat
Tel : 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 - 05 37 57 17 61
Email : contact@mahajdentaire.com

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

Scanné avec CamScanner



Note d'honoraires 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

Arrété le montant de la facture à la somme de :

Quatre mille MAD

Signature du praticien
MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL
Dentaire
Professeur Jamal EL BENOUSSI
Sect. 10, Rue Al Ijass, 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

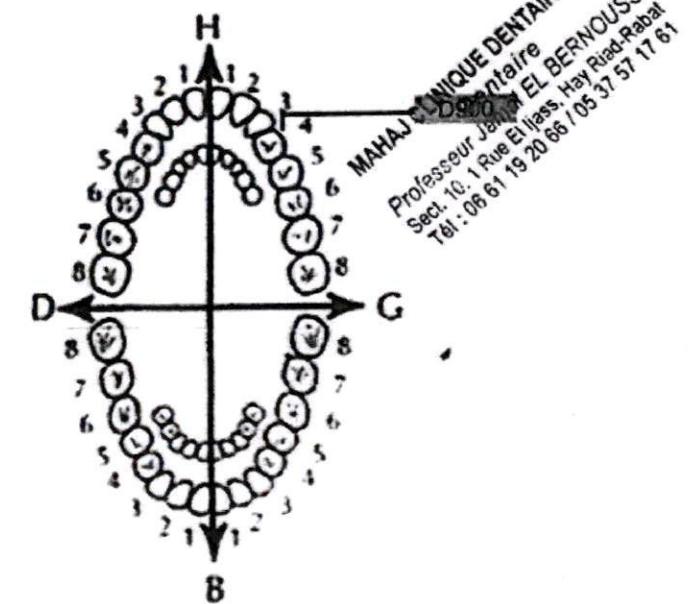
Scanné avec CamScanner

Description des ordonnances			مقدمة الوصفات					
التاريخ	رمز الصنف	بيان الصنف	مقدمة وظائف الصنف من التهارات الطبية					
Date d'émission	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien ainsi que les signatures des dispensateurs multiples						
INP : 1111111111111111								
INP : 1111111111111111								

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						مقدمة الإجراءات التشخيصية والتصوير
التاريخ	رمز الصنف	بيان الصنف	قيمة الفعل	قيمة المغير	بيان الصنف	مقدمة وظائف الصنف من الإجراءات
Date des actes	Code des actes	Letter clé - Cotation NGAP	Valeur clé	Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INP : 1111111111111111						
INP : 1111111111111111						

Actes Paramédicaux						مقدمة المساعدين التقنيين
التاريخ	رمز الصنف	بيان الصنف	قيمة الفعل	قيمة المغير	بيان الصنف	مقدمة وظائف الصنف من المساعدين التقنيين
Date des actes	Code des actes	Letter clé - Cotation NGAP	Valeur clé	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical	
INP : 1111111111111111						
INP : 1111111111111111						

Description des actes effectués						مقدمة المدخلات المهرة
شنال مدخلات	رمز الصنف	تاريخ المدخلات	بيان المدخلات	بيان المدخلات	قيمة المدخلات	المدخلات المهرة
Date entrées	Code des actes	Date des actes	Letter clé - Cotation NGAP	Valeur clé	Montant facturé	Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
24	D900	20/11/2023	D 200		4 000,00 DH	MAHAJ CLINIQUE DENTAIRE SARL Dentaire Professeur Jamel EL BERNOUSSI Sect. 10, Rue El Ijass Hay Riad-Rabat Tel : 06 61 19 20 66 / 05 37 57 17 61



هذه الصيغة تخدم كل من المرضى والطاقم الطبي في تقديم الرعاية الصحية

لذلك يرجى الاحتفاظ بها في المكتب الطبي

ne feuille de soins par personne et par événement

de soins doit être accompagnée de toutes les
évidatives originales (ordonnances médicales,
résultats des examens de radiologie et ou de

Prénom de la personne soignée doivent être « praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de

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

2 : 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 en cours. Dans ce dernier cas, le dossier doit être remis soixante (60) jours qui suivent la fin du

ten des frais engagés sera effectué sur la situation nationale de référence.

• aux accidents du travail et maladies
ne sont pas couverts.

able de la CNSS pour les prothèses et
sociale est nécessaire.

coupeable de fraude ou de fausse obtention des prestations qui ne sont pas des sanctions légales et réglementaires.

remboursement prisé par la CNSS est respect des conditions réglementaires et de

نوفل و مطبوع الرئاسة
signature de l'Agence

حص بمصرية التأمين الصناعي الإهلي

Date d'arrivée: الاثنين : تاريخ الاستلام :

طبع الإسلام: لـ

八九二

مقدمة ورقة المراجعة بالتنمية لكل مرض ولكل حدث
يهم ببرفقان ورقة المراجعة بمجموع الوسائل
الضرورية (وصلات طبية، قوامير، لنتائج
مخصوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعلميمات الخاصة بالأدبية
المقتصدة ولذلكها بالوسمات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوقايات الابتدائية إلى المستدرون
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
صلة طبية، مادها في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة ،
يجب تقديم الملف في معدود شهرين(60 يوماً) من لنتهاء العلاج.

مهمة تعريف النهاية المعرفية على لسان للتعرية الوطنية

الأنظر الناتجة عن حادث الشغل والأمراض المهنية غير
قليلة للعمريين.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
بالنسبة للبلدة السنية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات
غير متناسبة، بمواقف طبقاً للمساطر القانونية.

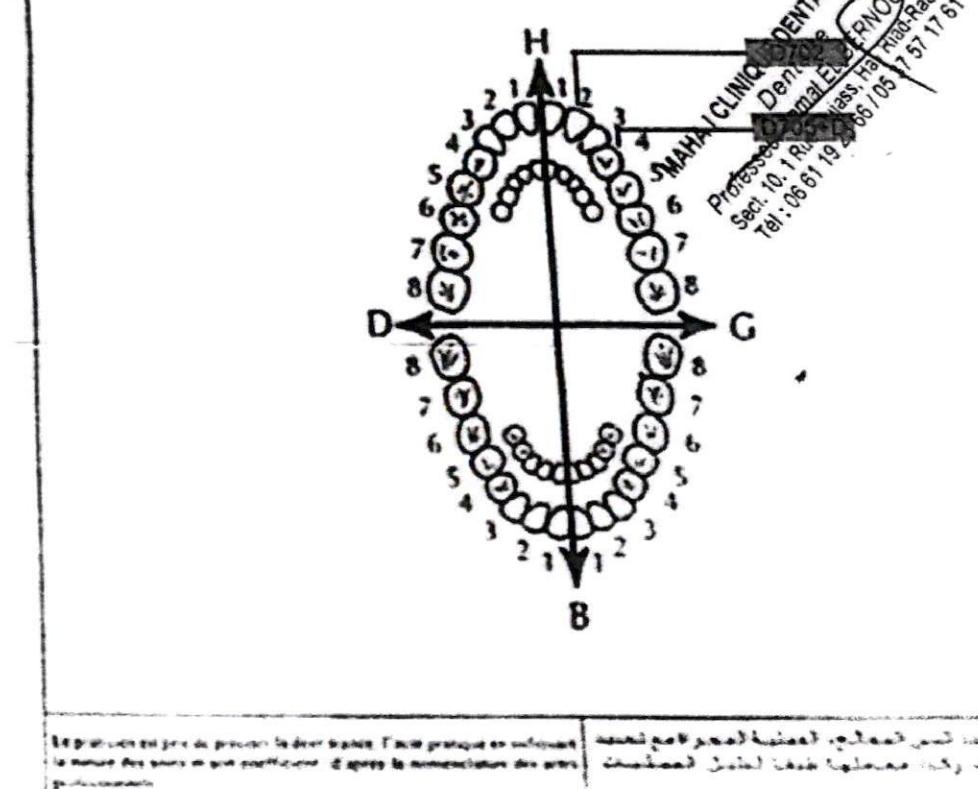
حق التعریض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهن بالحترام الشروط القانونية وكل ما مسق ذكره.

Description des ordonnances					
نوع الارسال	نوع المريض	نوع المريض	كلينيك دوكтор		
نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	Signature et Cachet de Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux		
INP : 1 1 1 1 1 1					
INP : 1 1 1 1 1 1					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					
نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	كلينيك دوكтор		
نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	Signature et Cachet de Radiologue ou Biologiste		
INP : 1 1 1 1 1 1					
INP : 1 1 1 1 1 1					

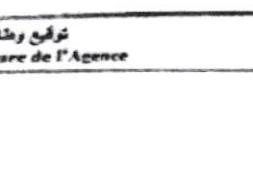
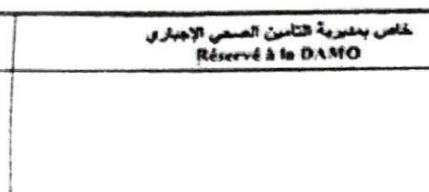
Actes Paramédicaux					
نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	كلينيك دوكтор		
نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	Signature et Cachet du Paramédical		
INP : 1 1 1 1 1 1					
INP : 1 1 1 1 1 1					

Description des actes effectués					
نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض	نوع المريض
D 24	D 705	16/11/2023	D 15		700,00 DH
D 24	D 759	20/11/2023	D 100		600,00 DH
D 22	D 702	23/11/2023	D 15		500,00 DH



للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: www.mahaj-clinique.com

أو اتصال بـ: 06 61 19 20 66 / 06 57 17 61

نفحات ورقة العلاجات بالتصفيه لكل مرض وكل حدث يمضي برفق ورقة العلاجات بمجموع الموندي الصهرونية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوصات الأنسنة أو المختبر).	
يجب كتابة الاسم الكامل للشخص الممتحن من طرف الممارسين على كل ورقة علاج	
يجب برفق ورقة التعلمومات الطاسة بالأدوية المشتراة وأصنفتها بالوصف المرسلة.	
يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المستندو الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ لو صلبة طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة ، يجب تقديم ملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.	
مسمى تعريض المبالغ المصرفوفة على أساس التعريفة الوطنية لترجمة.	
الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعميم.	
الموافقة المسبقة للمستندو الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبلطة الطبية و التقويم السنوي ضرورية .	
كل من ثبت عليه غش أو تسرع كائب للاستفادة من خدمات غير محققة، سيعاقب طبقاً للمسلط القانونية .	
حق التعويض من طرف المستندو الوطني للضمان الاجتماعي وهي باحترام الشروط القانونية و كل ما يلي ذكره .	
نفرقي وملئي الوكالة <i>- signature de l'Agence</i>	خاض بمقدمة التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
تاريخ الاصدار: / / 	تاريخ الاستلام: / / 

logo-cnss

إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION

بريد كاش
BARIDCASH



Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 083673 رمز الوكالة :

Numéro dossier



146074024

رقم التلف

Informations sur l'assuré

معلومات عن المؤمن له

Nom et prénom	SENNANI OULFA	الاسم العائلي والشخص
N° d'immatriculation	122204771	رقم التسجيل
Nom et prénom du bénéficiaire	SENNANI OULFA	الاسم العائلي والشخص المستفيد

Informations sur le dossier

معلومات عن الملف

Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT DENTAIRE	نوع الملف
Date/heure de dépôt	14/12/2023 17:26	تاريخ ووقت الإيداع
Date de soin	2023-12-02	نوع العلاج
Montant des frais de soins	4000 DHS	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.

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.pdep@cnss.ma ;
- Prendre contact avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les tél conseillers du Centre d'appel Allo Damam 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

في إطار تسيير التنمية الاجتماعية و الصحة لفائدةصال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

يتصرف بمطليكم الشخصية اللازمة لتلبيتكم من الاستفادة من هذه التنمية.

محلجة مطليكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لحماية المعلومات ذات الطبع

الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021

يمكن أن ترسل مطليكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتكون إليها وإلى الإدارات و

الشركاء وفقاً لطلب الترخيص سالف الذكر.

لممارسة حقوقكم في الوجع والتسرع والتسرع، وفقاً لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد

الإلكتروني reclamation.pdep@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "أو ضمان" التابع للصندوق

ل الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802007200 أو 0802033333

تعرف على حقوقكم في مجال حماية المعلومات ذات الطبع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي

لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعلومات ذات الطبع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني

ضمان

الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Sous seing ferme

زيد من المعلومات ولتتبع ملحة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

و تطبيق الهاتف

و الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

logo-enss	إفادة بالاستلام ACCUSE DE RECEPTION	بريد كاش BARIDCASH 
	Réf : 610-2-102 مرجع رقم :	رمز الوكالة : 083673
Numéro dossier	 146074023	رقم الملف

Informations sur l'assuré		معلومات عن المؤمن له
Nom et prénom	SENNANI OULFA	الاسم العائلي والشخصي
N° d'immatriculation	122204771	رقم التسجيل
Nom et prénom du bénéficiaire	SENNANI OULFA	الاسم العائلي والشخصي المستند
Informations sur le dossier		معلومات عن الملف
Type dossier	DOSSIER DE REMBOURSEMENT DENTAIRE	
Date/heure de dépôt	14/12/2023 17:23	نوع الملف
Date de soin	2023-12-02	تاريخ ووقت الادعاء
Montant des frais de soins	1800 DHS	تاريخ الملاج
		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 وصلنا بـنـكـمـنـغـرـكـمـ آـهـ سـتـمـ إـحـلـتـهـ عـلـىـ مـصـلـحـ الصـنـدـولـ
الـوـظـفـ،ـ لـضـمـنـ الـاـتـتـاعـ،ـ مـنـ أـهـ مـعـالـجـتـهـ

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 الصحة لفقدة العمل غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
بتجميع معلوماتكم الشخصية اللازمة لمتمكنكم من الاستفادة من هذه التغطية.
معالجة معلوماتكم كانت موضوع توخيص مؤكّد من قبل اللجنة الوطنية لرقابة حماية المعلومات ذات الطبيعة
الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021
يمكن أن ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتبعون إليها وإلى
الإدارات و
الشخاص ، فقاً لطلب الذي يخص ، 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 attaché avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés conseillers du Centre d'appel Allo Damam aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

لتتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على النيل للصلوة لممارسة الحقوق فيما ينطوي بحماية المعلومات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان

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

[الاجتماعي على مستوى الموقع الالكتروني](http://www.macnss.ma)

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

للمزيد من المعلومات وللتتبع معالجة ملفكم:

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

برهی زیرا موقعنا الکترونی

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

أو البراءة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

لو تطبيق المنهج

ou contacter notre centre d'annul aux numéros

05 20 19 40 40

An Introduction



 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مراجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 29/12/2023	أصدر ب : بتاريخ : 29/12/2023	Page 1 / 1
		المرسل إليه	
N° d'immatriculation Règlements de la période du : 29/12/2023 au : 29/12/2023	رقم التسجيل أنباءات الفترة من : إلى :	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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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
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						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
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 D'AMANE 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 إلى الضمان على الأرقام