

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 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 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 : 10317

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NABIL GHATE

Date de naissance : 24.06.1976

Adresse : ETC 1

D.N. 02.07.1976

Tél. : 0675999878

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNOP N° : AA-215 / 2019

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 : M 14 FEV. 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

 الصندوق 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 : فر	
	Emis à : CASABLANCA Le : 05/02/2024	أصدر ب : بتاريخ : 05/02/2024	Page 1 / 1	الصفحة	
Nº d'immatriculation : 101719650 Règlements de la période : du : 05/02/2024 : من au : 05/02/2024 : إلى		Destinataire DOUNAS RACHID			
					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 استعدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الحرف	تاريخ العلاج	العلومات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	معامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة التعويض
Numero 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
DOUNAS MOHAMMED ACHRAF											
144731692	24/01/2024	D700	CHIRURGIE DENTAIRE	600,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	04/02/2024	122,50
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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

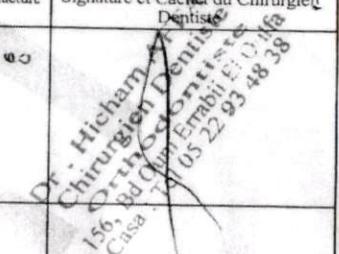
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 او البوابة الإلكترونية للمؤمن له
 او تطبيق الهاتف

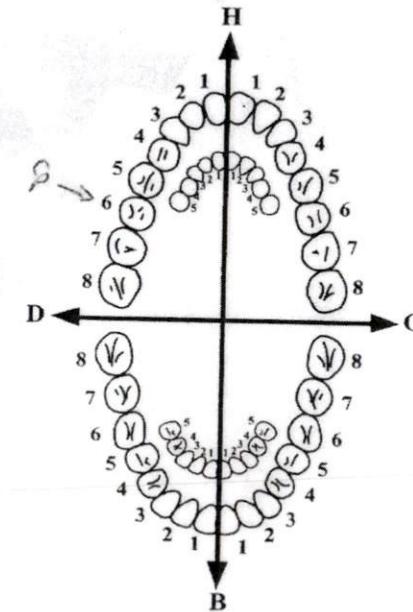
او الاتصال بالخط التالي على الرقم
 او الاتصال به كذلك الاتصال فهو الصسار على الأرقام

 <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires</p> <p>الصياغ الاجتماعي folCOB+ folOB+ CNSS</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Ref. ANAM : 1.2.001</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * <input type="checkbox"/> Execution *</p> <p>Réf. : 610-1-04 مرجع رقم : 610-1-04</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> <p>خاص بالمؤمن له (ها) BK 118762</p>	
<p>Nom et prénom : DOUNAS RACHID</p>	
<p>N° Immatriculation : 101719650</p>	
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale :</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه</p>	
<p>Adresse : Fl. La d'agrement Hdy Fath 1^{er} étage Apt 1</p>	
<p>Montant des frais : 600 درهم Dhs.</p>	
<p>Nombre de pièces jointes : 4</p>	
<p>Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان</p>	
<p>Bénéficiaire des soins :</p>	
<p>Nom et prénom : Dounas mohamed rachid</p>	
<p>Date de naissance : 01/08/2010</p>	
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale :</p>	
<p>Sexe* : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى الجنس: *</p>	
<p>Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج</p>	
<p>N° INP 1234567890</p>	
<p>الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :</p>	
<p>Type de soins</p>	
<p>Soins* <input type="checkbox"/></p>	
<p>علاجات*</p>	
<p>Prothèse* <input type="checkbox"/></p>	
<p>البدلة السنية*</p>	
<p>Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/></p>	
<p>* تقويم الأسنان الوجهي</p>	
<p>Autres* <input type="checkbox"/></p>	
<p>علاجات أخرى*</p>	
<p>N° Entente préalable :</p>	
<p>En cas d'accident prévoyez</p>	
<p>Date d'accident</p>	
<p>أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p>	
<p>أصرح بمصداقية في صحة المعلومات المنكورة أعلاه</p>	
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>Fait à : Dakar : بـ في : 12/08/2014 توقيع المؤمن له (ها)</p>	
<p>Le : 12/08/2014 توقيع طبيب الأسنان</p>	
<p>Signature de l'assuré (e)</p>	
<p>Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>	

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

www.cnss.ma
دار المؤمن - ساحة نايلز - الدار البيضاء، من. ب 2186 الدار البيضاء، المحيطة - الهاتف: 05 22 54 86 73 - 05 22 54 86 07
Marie de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gate - Téléphone : 0522 54 86 07-Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
Centre d'appels 08200 7200

Description des actes effectués								وصف العمليات المجرأة	
أسماء 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 و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste			
16	Cp	24/01/24	-	D12	600,00		Dr. Hicham Chirurgien Dentiste Oral Health Center 156, 3rd Floor, El Garaibi El Casa Casablanca 165 22 93 48 38		



Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE :001758290000007 - INP :094149390 - IF:51457012 - N° Cnss : 7018311 - N° patente :35015436

Note d'honoraires

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 24/01/2024

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
16	24/01/2024	Composite Classe I	D700	D12	600,00

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casa : Tel 05 22 93 48 38

Montant global : **600,00 Dh**

SIX CENTS DIRHAMS

Docteur Hicham AFFAR
CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

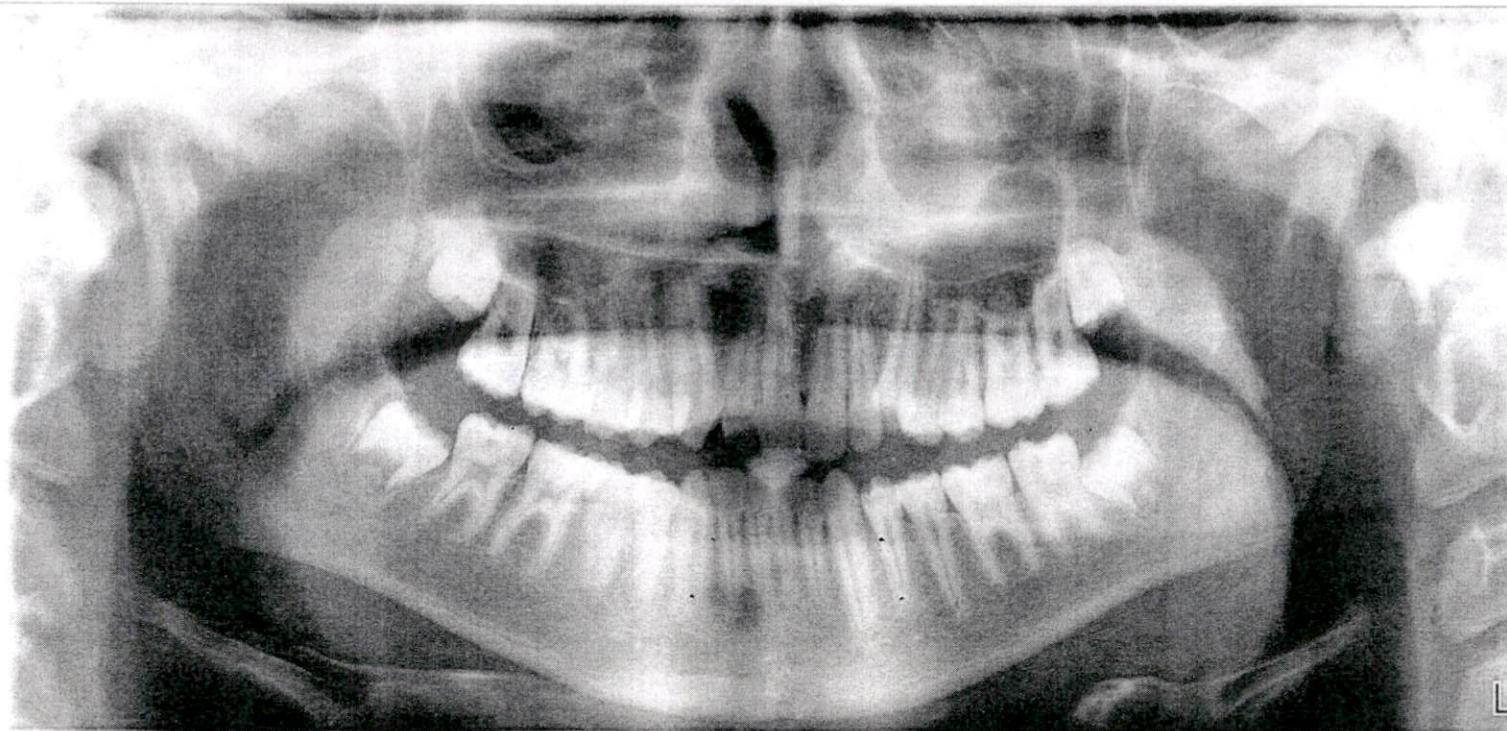


الدكتور هشام عفار
طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بور كون بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Patient : Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 15/11/2023



677 : Dounas Mohamed Achraf
15/11/23 70.0kV 11.0mA 15.8s 86.7mGy*cm²
Provider Default

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabbi El Oulfa
Casab : Tel 05 22 93 48 38

156,bd. Oum Errabbi 1er Etage - El Oulfa Tél : 05 22 93 48 38 Casablanca 20222
شارع أم الربيع الالفة . الطريق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للاسنان

خريج كلية طب الأسنان بدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Patient : Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 15/11/2023



677 : Dounas Mohamed Achraf
15/11/23 88.0kV 5.0mA 18.7s 17.4mGy/cm²
Provider Default

Dr. Hicham A.
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabbi El Oulfa
Casab - Tel 05 22 93 48 38

156,bd. Oum Errabbi 1er Etage - El Oulfa - Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
شارع أم الريبيع الأولى - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء