

## 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.

**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

W21-834673

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10317 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB SHARIF

Date de naissance : 24 Oct 1976

Adresse : ETC 1

D.N. 02.07.1976

Tél. : 067599878 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 : FEB. 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisat ion CNDP N° : A-A-215 / 2019

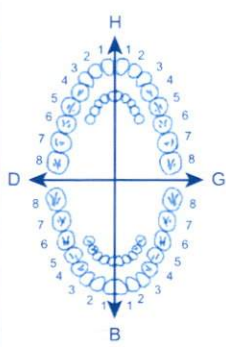
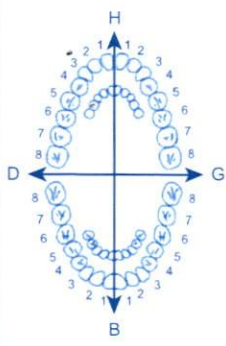
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 style="width: 100%;" type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                          25533412                          00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">                         21433552                          00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">                         00000000                          35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                         00000000                          11433553  <b>G</b> </div> </div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





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 : 05/02/2024

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 101719650

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 05/02/2024

من

au : 05/02/2024

إلى

Destinataire

المرسل إليه

DOUNAS RACHID

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	التعويضات	مهنيتو الصحية	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numero de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la depense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	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											122,50
Total général remboursé											122,50

- 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](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 بالمحيط الذي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال الو الصمان على الأرقام

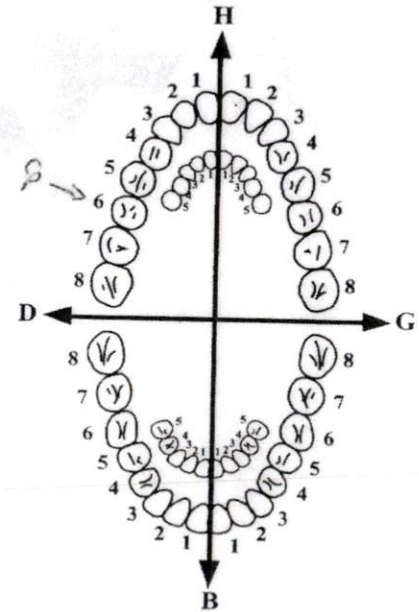
		<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان</b> <b>Feuille de soins dentaires</b>		<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>		مرجع رقم : 610-1-04 Réf. : 610-1-04	رقم الملف : 12.03.01 Ref. : 12.03.01
الموافقة مسبقة * Entente préalable *		تنفيذ * Exécution *					
<b>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</b>							
الاسم والعائلي والشخصي : <b>DOUNAS RACHID</b>							
رقم التسجيل : <b>1401719650</b>							
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>BK 118762</b>							
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) * : <b>هو نفسه</b>							
العنوان : <b>FL. La Salamence Hadj Fath 1<sup>er</sup> étage Apt 1</b>							
مبلغ المصاريف : <b>600</b> Dhs.							
عدد الوثائق المرفقة : <b>4</b>							
<b>تصريح طبيب الأسنان</b>							
المستفيد من العلاجات : <b>Dounas Mohamed Rachid</b>							
تاريخ الزيادة : <b>20/11/2010</b>							
الجنس : <b>ذكر</b>							
<b>تعريف الطبيب المعالج</b>							
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : <b>1401719650</b>							
نوع العلاجات : <b>علاجات</b>							
البيلة السنوية : <b>علاجات</b>							
تقويم الأسنان الوجهي : <b>علاجات أخرى</b>							
رقم الموافقة المسبقة : <b>20/11/2010</b>							
في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : <b>تاريخ</b>							
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.				أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.			
توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré(e)				توقيع وطبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste			

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

\* ضع العلامة في الخانة المناسبة

دار الزمزم - ساحة بلكار - الدار البيضاء - ب. 2186 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 54 86 73 - الفاكس : 05 22 54 86 73 - البريد الإلكتروني : www.cnss.ma  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma  
 مركز الاتصال 08200 7200

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
16	Cp	24/10/24	-	D12	600,00	



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 معاملتها طبقاً لدليل العمليات المهنية.

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 للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون 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

[illegible]

Montant global : 600,00 Dh

**SIX CENTS DIRHAMS**

Dr. Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
156, Bd. Dum. Frabji El Oulfa  
Casa : Tel 65 22 93 48 38

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa - Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222  
156 شارع أم الربيع الألف - الطابق 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)

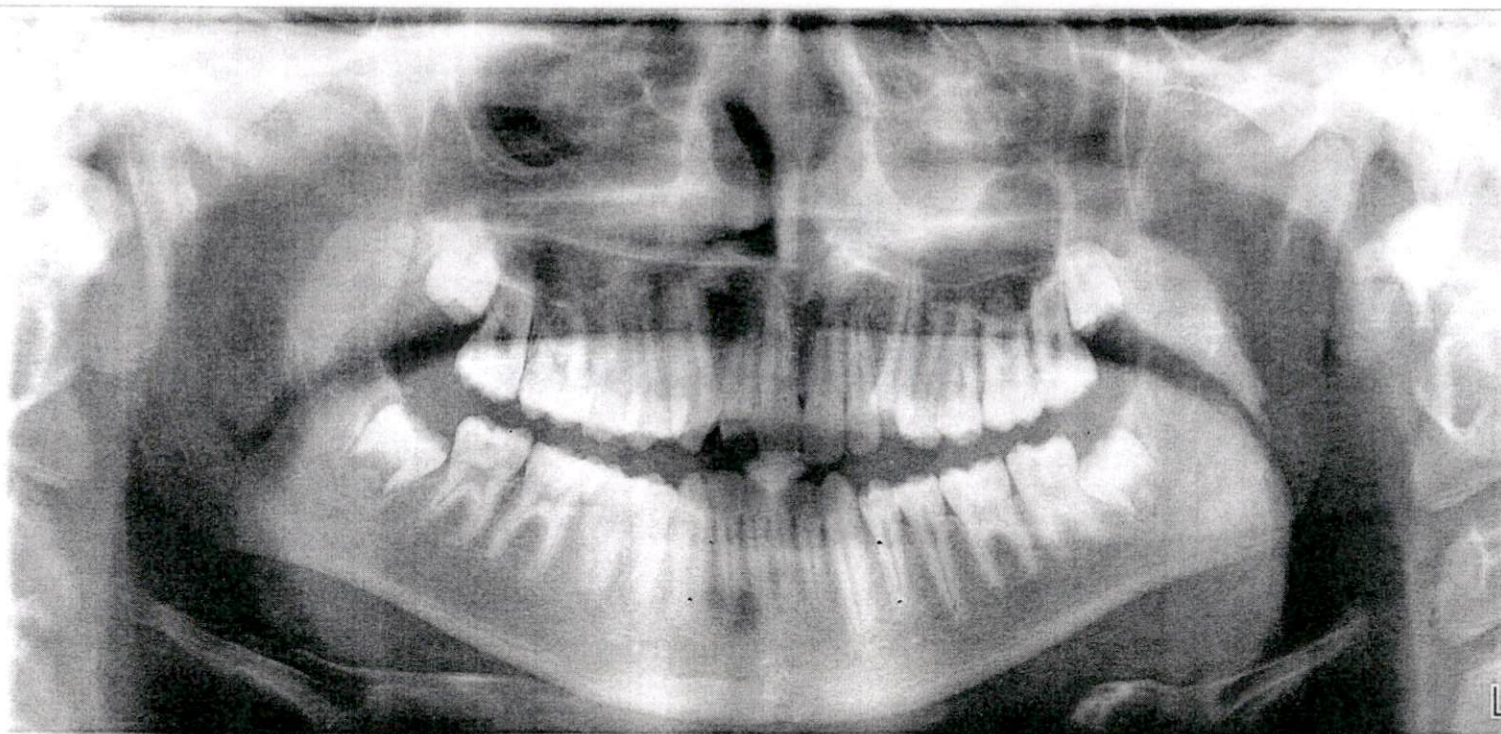


**الدكتور هشام عفار**  
طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار 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 70.0kV 11.0mA 15.8s 86.7mGy\*cm2  
Provider Default

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

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222  
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق 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 للأسنان

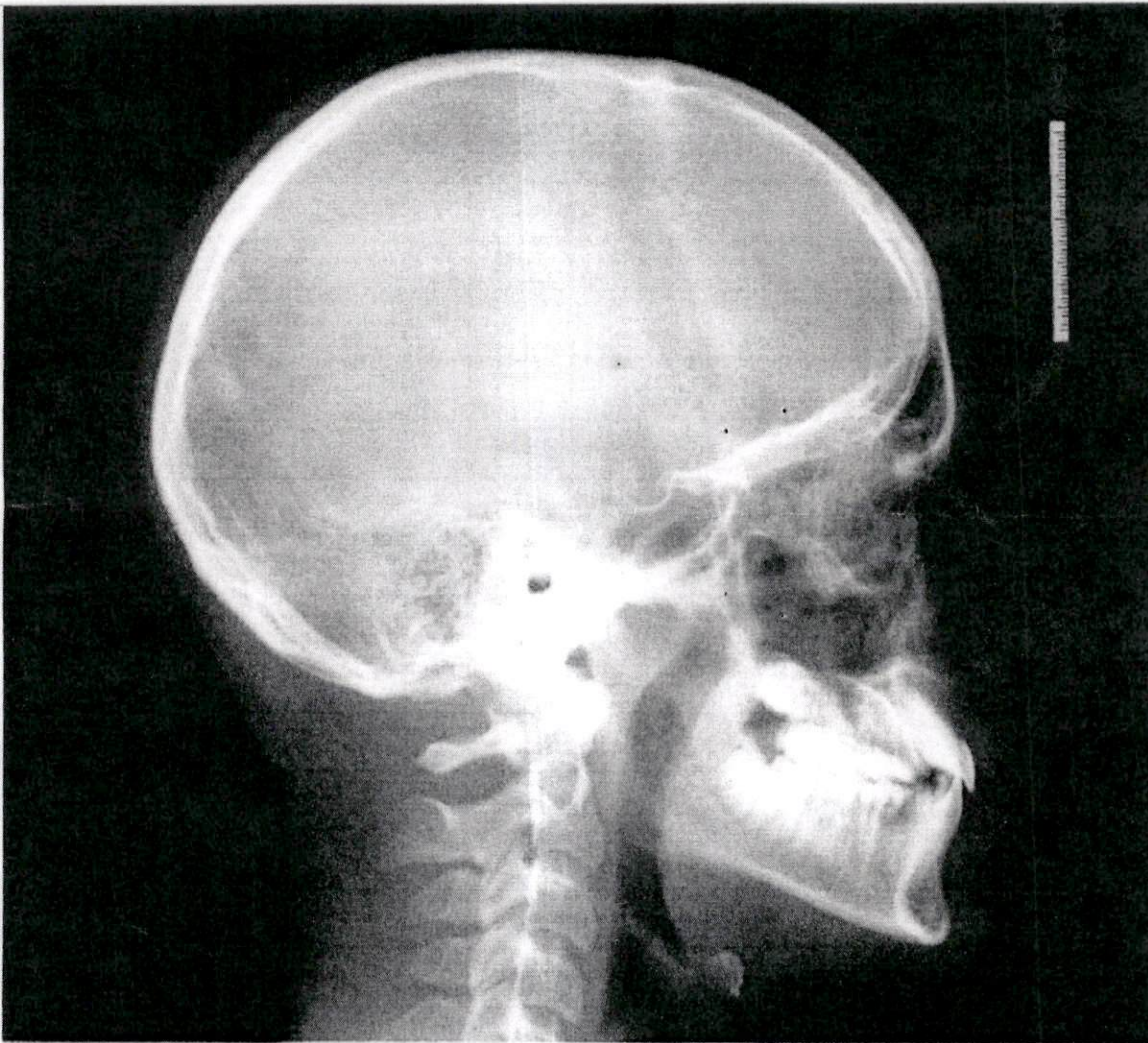
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون 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 66.0kV 5.0mA 18.7s 17.4mGy\*cm2

Provider Default

Dr - Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
156, Bd Oum Errabi 1er Etage - El Oulfa  
Casa : Tel 05 22 93 48 38

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