

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

- 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.

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

W21-834671

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10317 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NACIR SIHART

Date de naissance : 02.07.1976

Adresse : 74 HAFATEN APT 2 BTG 2 OULFA.

Tél. : 0675 99 78 78

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 :

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) :

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	

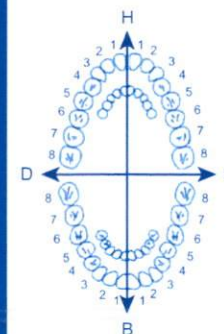
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

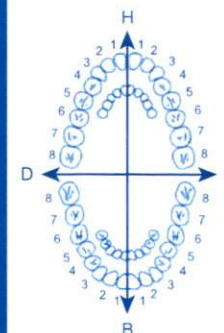
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000
B		G	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 : 30/01/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 101719650

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 30/01/2024 : من
au : 30/01/2024 : 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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de reference	Coefl.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
DOUNAS MOHAMMED ACHRAF											
144731781	03/01/2024	D700	CHIRURGIE DENTAIRE	1600,00	175,00	10,00	3,00	525,00	70,00	30/01/2024	367,50
Total remboursé											367,50
Total général remboursé											367,50

- 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 للتمويل لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمسجل الاتي على الرقم
أو الاتصال بـ مركز الاتصال الو الصالح على الرقم

N3

nu Rembourse!

0675 07 46 74

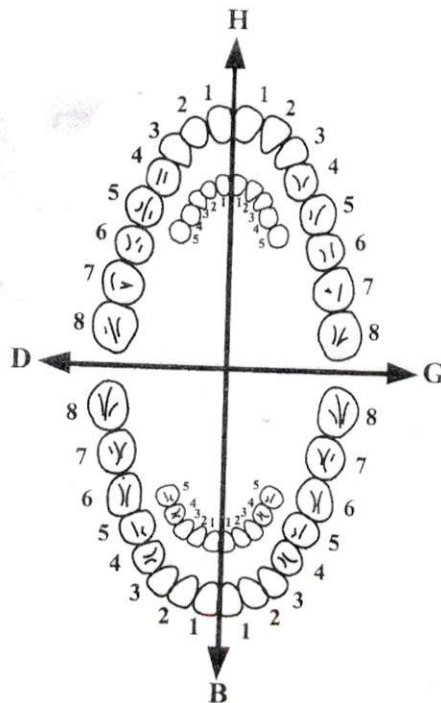
 <p>الضمان الاجتماعي +0522 54 86 73 +0522 54 86 73 CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Ref. ANAM : 1.203.01</p>
	<p>موافقة مسبقة* Entente préalable*</p>	<p>تنفيذ* Exécution*</p>	<p>Ref. : 610-1-04 مرجع رقم</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>Nom et prénom : <u>Donnas Rachid</u></p>		<p>الاسم العائلي و الشخصي :</p>		
<p>N° Immatriculation : <u>101171296501</u></p>		<p>رقم التسجيل :</p>		
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale :</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>B1< 11876 2</u></p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*</p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها)*</p>		
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> هو نفسه</p>		<p>العنوان :</p>		
<p>Adresse : <u>74, Lohsement hady Fath, Etage 1 App1</u></p>		<p>العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : <u>1600</u> Dhs.</p>		<p>مبلغ المصاريف :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes :</p>		<p>عدد الوثائق المرفقة : <u>1</u></p>		
<p>Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان</p>				
<p>Bénéficiaire des soins :</p>		<p>المستفيد من العلاجات :</p>		
<p>Nom et prénom : <u>Donnas Mohamed Achraf</u></p>		<p>الاسم العائلي و الشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : <u>10/11/2010</u></p>		<p>تاريخ الميلاد :</p>		
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale :</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe* : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>الجنس* :</p>		
<p>Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج</p>				
<p>N° INP : <u>09611993910</u></p>		<p>الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :</p>		
<p>Type de soins</p>		<p>نوع العلاجات</p>		
<p>Soins* <input type="checkbox"/></p>		<p>علاجات*</p>		
<p>Prothèse* <input type="checkbox"/></p>		<p>البذلة 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>رقم الموافقة المسبقة :</p>		
<p>En cas d'accident précisez</p>		<p>في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :</p>		
<p>Date d'accident</p>		<p>تاريخ :</p>		
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>أصريح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>		
<p>Fait à : _____ ب :</p>		<p>Fait à : _____ ب :</p>		
<p>Le : _____ في :</p>		<p>Le : _____ في :</p>		
<p>توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>		<p>توقيع و طابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>		

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

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء، ص. ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 05 22 54 86 07 - الفاكس: 05 22 54 86 73 - الموقع على الإنترنت: 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 Centre d'appels

Description des actes effectués						وصف العمليات المجراة
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 وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
47	CP	03/01/24	—	D12	600,00	Dr. Hicham A. F. A. K. Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabi El, 156 Casa : Tel 05 22 93 48 38
46	CP	10/01/24	—	D10	500,00	
45	CP	10/01/24	—	D10	500,00	
						Dr. Hicham A. F. A. K. Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabi El, 156 Casa : Tel 05 22 93 48 38
						Dr. Hicham A. F. A. K. Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabi El, 156 Casa : Tel 05 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 المجراة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملاتها طبقاً لتدليل العمليات المهنية.

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de
CasablancaDiplôme 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 10/01/2024

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
47	03/01/2024	Composite Classe I	D700	D12	600,00
46	10/01/2024	Composite Classe I	D700	D10	500,00
45	10/01/2024	Composite Classe I	D700	D10	500,00

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

Montant global : **1 600,00 MAD****MILLE SIX CENTS DIRHAMS**