

## 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

Matricule : 10317

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

NACIR SITTAH

01.07.1976

Adresse :

74 HAF FATEH ART 1 EGIA OULFA

Tél. : 0675 99 78 78

Total des frais engagés :

Dhs

195426

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

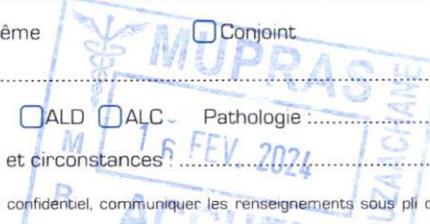


Date de consultation : ..... / ..... / .....

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) : .....



## 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**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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.

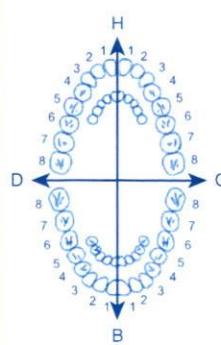
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553



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	اصدر ب :	Page	1 / 1
Le :	30/01/2024	بتاريخ :	الصفحة	

N° d'immatriculation 101719650      رقم التسجيل

Règlements de la période      أداءات الفترة

du : 30/01/2024      من :      إلى : 30/01/2024

**Destinataire**

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	لسان التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإذاء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	tarif de référence	Coef.	Quantité	base de remboursement	Taux de remboursement %	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
<b>Total remboursé</b>				<b>مجموع مبلغ التعويض</b>				<b>367,50</b>			
<b>Total général remboursé</b>				<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>				<b>367,50</b>			

- 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

للرجوع من المعلومات  
إذا هي (ب)اء موقعنا الإلكتروني  
او الزيارة الإلكترونية للموس لمد  
او خطيب الهاتف  
او اتصال بالسحب الذي على رقم  
او الاتصال بـ مركز الاتصال الى اقسام على (ا) قاد

N3

nu Rebonze!

0625074674

 الصisan الاجتماعي tel: 088 100 088 <b>CNSS</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان</b> <b>Feuille de soins dentaires</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire <small>Ref. ANAM: 1.2.03.1</small>
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> تنفيذ * <small>Entente préalable *      Exécution *</small>		<small>مراجع رقم: 610-1-04</small>
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b> <b>خاص بالمؤمن له (ها)</b>		
الاسم العائلي والشخصي : <b>DOUNAS Rachid</b> رقم التسجيل : <b>31118762</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>31118762</b> علاقة القرابة بين المنسقدي و المؤمن له (ها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن      Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه العنوان : <b>74, lotissement hady fathi, Etage 1 Appart.</b> Montant des frais : <b>1600 درهم</b> مبلغ المصاريف : Nombre de pièces jointes : <b>1</b> عدد الوثائق المرفقة : <b>Déclaration du Chirurgien Dentiste</b> تصريح طبيب الأسنان <b>Bénéficiaire des soins :</b> <b>Dounas Mohamed Rachid</b> المستفيد من العلاجات : الاسم العائلي والشخصي : <b>Dounas Mohamed Rachid</b> تاريخ الازدياد : <b>01/01/2010</b> Date de naissance : <b>1988/01/01</b> N° de la Carte d'Identité Nationale : <b>1111111111111111</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية : Sexe* : <b>M ذكر</b> <b>F أنثى</b> الجنس : * <b>Identification du Chirurgien Dentiste</b> <b>تعريف الطبيب المعالج</b> رقم الوطني الاستدلالي للمعابر : <b>0961149394</b> نوع العلاجات : Soins* <input type="checkbox"/> علاجات * Prothèse* <input type="checkbox"/> البذلة السنوية * Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهية * Autres* <input type="checkbox"/> علاجات أخرى * رقم الموافقة المسبقة : في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : Date d'accident : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : ..... ب : ..... في : ..... Le : ..... توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e) Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : ..... ب : ..... في : ..... Le : ..... توقيع و طابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste <small>وضع العلامة في الخانة المناسبة*</small>		

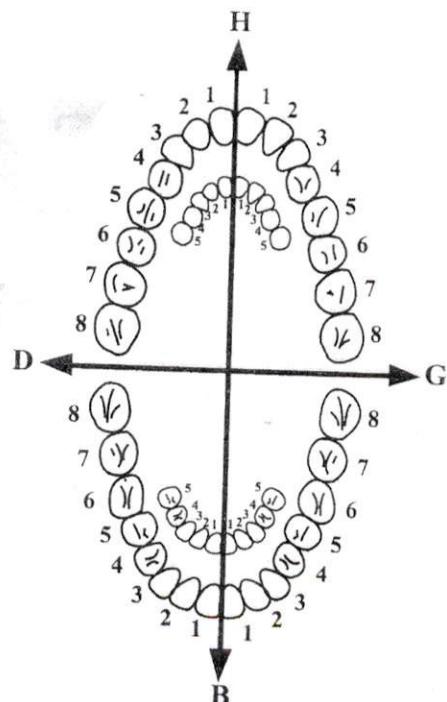
- INP : Identification Nationale du Praticien  
 - \* Cocher la mention utile pour chaque case

وضع العلامة في الخانة المناسبة\*

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء، ص. ب. 2186 الدار البيضاء، المحيطة - الهاتف: 05 22 54 86 73 - الموقع على الانترنت: 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  
 Centre d'appels 08200 7200

Description des actes effectués

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 المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
42	Cp	03/04/24	—	D12	600,00	Dr. Hicham A. El-Akra Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabbi El 12 Casa : Tel US 22 93 48 38
46	Cp	10/04/24	—	D10	500,00	Dr. Hicham A. El-Akra Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabbi El 12 Casa : Tel US 22 93 48 38
45	Cp	10/04/24	—	D10	500,00	Dr. Hicham A. El-Akra Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabbi El 12 Casa : Tel US 22 93 48 38
						Dr. Hicham A. El-Akra Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabbi El 12 Casa : Tel US 22 93 48 38
						Dr. Hicham A. El-Akra Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabbi El 12 Casa : Tel US 22 93 48 38
						Dr. Hicham A. El-Akra Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabbi El 12 Casa : Tel US 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 للدليل العمليات المهني.

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

طیب حراح للسان

جامعة طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة يورك، كون

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

## Note d'honoraires

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 10/01/2024

Montant global : **1 600.00 MAD**

### MILLE SIX CENTS DIRHAMS

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