

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 : 11560

Société : RAA Express

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HÉIJAD YASSIR

Date de naissance : 23/09/1976

Adresse : RUE ISM Jahir, Résidence Taawuz 1

Appart. 4, Bouygues

Tél. : 0661541827 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Autorisation CNDP 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 :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

 الصندوق الاجتماعي لضمان المرض 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 رقم :
	Emis à : CASABLANCA Le : 19/03/2024	أصدر ب : بتاريخ :
		Page 1 / 1
		المرسل إليه
N° d'immatriculation Règlements de la période	135944778 du : 19/03/2024 au : 19/03/2024	رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى :
Destinataire BENNANI LAMYAE		

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم العلف	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
BENNANI LAMYAE											
144199872	14/12/2023	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	600,00	210,00	12,00	1,00	210,00	70,00	19/03/2024	147,00
144199872	14/12/2023	D701	CHIRURGIE DENTAIRE	1200,00	175,00	10,00	2,00	350,00	70,00	19/03/2024	245,00
144199872	14/12/2023	D704	CHIRURGIE DENTAIRE	700,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	19/03/2024	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
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالجيبيلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

Dr. SALWA ABDELKHALEQ
Chirurgien Dentiste
Dentisterie Esthétique
Diplômée de la F.M.D.C



كتورة سلوى عبد الخالق
بureau de chirurgie dentaire
للبصريات التجميلية
جامعة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le

25/12/2023

الدار البيضاء في

Cabinet Docteur Salwa Abdelkhaleq

Le _____

Facture

Le patient BEN MARI LAZYAE

A bien payé la somme de 150.24

Pour les soins dentaires suivants. Soins dentaires

Dr. Salwa ABDELKHALEQ
Chirurgien Dentiste
117, Rue Ibnou Mounir Résidence Azarka
2ème Etage App. N° 25 117
Casablanca - Tél.: 05 22 25 81 26

زنقة ابن مدين ، بقاعة الحرمة . المطابق الأول . الشقة رقم 8 . المغاربة للطارات

117, Rue Ibnou Mounir, Résidence Azzarka, 1er étage, N°8
Maarif - Casablanca Tél: 0522 25 81 26 - 0677 04 71 04

Dr.Salwa ABDELKHALEQ

17,Rue ibnou Mounir,Résidence
zzarka,1etage,N°8 Maarif-casablanca
tel:0522258126

bennani lamyae

Date de naissance: 15/10/1980



على الطبيب تحديد السن المعلج، الصناعة المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً للنماذج العمليات المهنية.

Dr. Salwa ABDELKHALEQ
Chirurgien Dentiste
117, Rue Ibnou Mounir Résidente A²nd
3^e étage Appart. No 25
Casablanca - Tél.: 05 22 25 81 2
M 2



