

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 canaux, 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 canaux.

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

W21-839194

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11560 Société : RAM Express
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HEJJAD YASSIR
Date de naissance : 23/09/1976
Adresse : Rue Ibn Jahir, Résidence Taavab
App n°4, Beugnot
Tél. : 0661541827 Total des frais engagés : 2500 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019



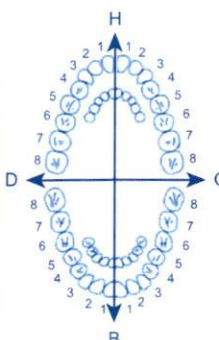
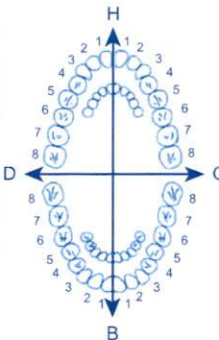
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> Montant des Honoraires </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>

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 : أصدر ب
Le : 19/03/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation	135944778	رقم التسجيل	المرسل إليه
Règlements de la période		أداءات الفترة	المرسل إليه
du : 19/03/2024	: من		
au : 19/03/2024	: إلى		
		Destinataire	
		BENNANI LAMYAE	

Veillez 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	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número 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											514,50
Total général remboursé											514,50

- 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 للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

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



كتورة سلوى عبد الخالق
بنة جراحة الأسنان
ب الأسنان التجميلي
بنة كلية طب الأسنان بالبحر الأبيض

Casablanca, le 25/12/2023 . التاريخ في

Cabinet Docteur Salwa Abdelkhaleq Le

Facture

Le patient BENMAARI, ZAHARA

A bien payé la somme de 2500 DH

Pour les soins dentaires suivants Soins dentaires

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

117 ، زنقة ابن منير ، إقامة الزرقاء - الطابق الأول - الشقة رقم 8 - المعاريف الطرابلسية
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
Zarka, 1^{er} étage, N°8 Maarif-casablanca
tél: 0522258126

bennani lamyae

Date de naissance: 15/10/1980



soins par personne et par événement.

doit être accompagnée de toutes les originales (ordonnances médicales, les examens de radiologie et/ou de

de la personne soignée doivent être inscrites eux mêmes sur chaque feuille de

les PPM concernant les médicaments joints aux ordonnances transmises.

ainsi que les pièces justificatives des actes à la CNSS dans les deux mois qui suivent l'acte médical, sauf s'il y a eu un traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être remis au plus tard (60) jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera effectué sur la base de la législation nationale de référence.

les accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

responsable de fraude ou de fausse déclaration des prestations qui ne sont pas soumises aux sanctions légales et réglementaires.

le remboursement pris par la CNSS est soumis aux conditions réglementaires et

نقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطني المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة
et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

agent : _____

or : _____ تاريخ الإيداع : _____

Date d'arrivée : _____ تاريخ الاستلام : _____

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : BENNANI LAMYAE	الاسم العائلي و الشخصي :
N° Immatriculation : 1136946778	رقم التسجيل :
N° de la Carte d'Identité Nationale : 6793632	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفس	
Adresse : Rue Ibnou Jahir Tanarou I Boulevard de la Casablanca	
Montant des frais : 2500.00 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 1	عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان	
Bénéficiaire des soins : BENNANI LAMYAE	
Nom et prénom :	
Date de naissance : _____ تاريخ الزيداد :	
N° de la Carte d'Identité Nationale : _____ رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى	
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج	
N° INP : 094157467	
Type de soins : _____ نوع العلاجات	
Soins* : <input checked="" type="checkbox"/> علاجات	
Prothèse* : <input type="checkbox"/> البلة السنية	
Ordonnance dentaire : <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهي	
Autres* : <input type="checkbox"/> علاجات أخرى	
N° Entente préalable : _____ رقم الموافقة المسبقة :	
En cas d'accident précisez : _____ في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :	
Date d'accident : _____ تاريخ :	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Je jure sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	
Fait à : _____ ب : _____	
Le : _____ في : _____	
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	
أصح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : _____ ب : _____	
Le : _____ في : _____	
توقيع و طابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste Dr. Salwa ABDELKHALEQ Chirurgien Dentiste 117, Rue Ibnou Mounir Résidence Azarka Casablanca - Tél.: 05 22 25 81 26	

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

دار الضمان - ساحة دالكر - قنار البيضاء، ص. ب. 2186 - الهاتف : 05 22 54 86 73 - الفاكس : 05 22 54 86 73 - الموقع على الأنترنت : 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

N° Dossier : 144199872