

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

20/07/2021

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite - N° 4527

Nom & Prénom : Abdellatif HAFIDZI

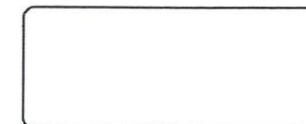
Date de naissance : 19/03/56

Adresse : 39 lot 41 N DIAB II CASA

Tél. : 0661794676 Total des frais engagés : 400,00

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 27/07/2021

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIR

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are defined by a horizontal axis (D-G) and a vertical axis (H-B). The teeth are numbered as follows: Top-left (H-1 to H-4), Top-right (B-1 to B-4), Bottom-left (D-1 to D-8), and Bottom-right (G-1 to G-8). The teeth are represented by small circles with numbers, and the axes are shown as thick lines with arrows.

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. Landmarks are indicated: D (mesial), G (distal), and B (basal). The upper arch has 8 teeth, and the lower arch has 12 teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**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 :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation Règlements de la période	155348822 du : 23/04/2024 au : 23/04/2024	Emis à : Le : CASABLANCA 24/04/2024	أصدر ب : بتاريخ : التسجيل أداءات الفترة	Destinataire KHARBOUCH MALIKA
--	---	--	--	----------------------------------

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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	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
KHARBOUCH MALIKA											
152562536	16/04/2024	T151	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	23/04/2024	112,00
152562536	16/04/2024	C	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	23/04/2024	56,00
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 لهيم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

0661211948

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par mes praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء واثنتها بالوصفات المرسلة.
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تمويل المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.
Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإسناد من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التغطية من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
توقيع و طابع الوكالة Cachet et Signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée : تاريخ الإسلام :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable*	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * <input checked="" type="checkbox"/> Exécution*
Partie réservée à l'assuré(e)	
الإسم العائلي والشخصي : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه العنوان : مبلغ المصارييف : عدد الوثائق المرفقة :	
Nom et prénom : N° Immatriculation : N° de la Carte d'Identité Nationale : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Adresse : Montant des frais : درهم Dhs. Nombre de pièces jointes :	
Declaration du Chirurgien Dentiste	
المستفيد من العلاجات : الإسم العائلي والشخصي : Tariq el aziz : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس* : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى	
Identification du Chirurgien Dentiste	
نوع العلاجات Tratment* Soins* <input checked="" type="checkbox"/> Prothèse* <input type="checkbox"/> Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> Autres* <input type="checkbox"/> N° Entente préalable En cas d'accident Date d'accident أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : ب : Le : في : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e)	
Fait à : ب : Le : في : توقيع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien-Dentiste	
<small>- INP : Identification National du Praticien - Cocher la mention utile pour chaque case</small>	

Description des ordonnances

جريدة الوصفات

تاريخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : []		
INP : []		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre Clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : []					
INP : []					

Actes Paramédicaux

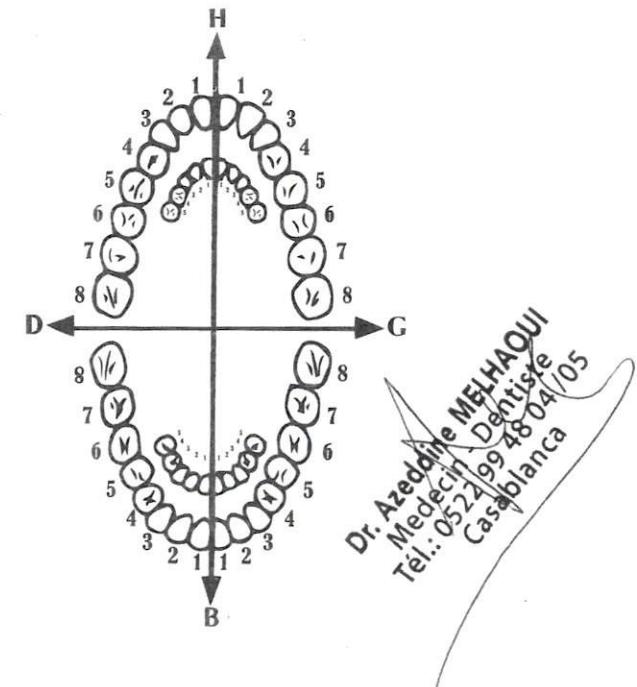
عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre Clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : []					
INP : []					

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

اسنان 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 الاسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
		16/4/16 24 Consultation Ra panoramique			Dz 100,- T151 100,-	



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية .
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte partiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.



Dr. Azeddine MELHAOUI
Medecin Dentiste
Tél: 0522 99 48 04 / 05
Casablanca
KHERBOUCH Malika

Scale: 81%

16/04/2024 66,0kV 9,0mA 15,2s 106,5mGy×cm²

- Absence 36.
- lyse osseuse nasogénienne au maxillaire
- pas d'anomalies des ATN.
- Présence condensation ortho

Dr. Azeddine MELHAOUI
CHIRURGEN DENTISTE
1, Impasse Imam Aouzai
Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 05 22 99 48 04 / 05 - Casablanca

**Cabinet de chirurgie dentaire
Et d'implantologie**

Casablanca le : 16/4/2024

Dr Azeddine Melhaoui

Docteur d'état en médecine dentaire

Sur rendez-vous

Nom et prénom de patient : Mme Kharsoudi Nafika

NOTE D'HONORAIRES

Date	soins	Montant facturé
16/4/2024	Consultation	100,-
	Radio + Panoramique	100,-
		400,-

Montant global : 600,-

Signature et cachet
Dr. Azeddine MELHAOUI
Médecin - Dentiste
Tél.: 0522 99 48 04
Casablanca

Impasse Imam Aouzai, Bd Yacoub El Mansour .Casablanca . Tél : 0522 99.48.04 / 05

E.mail : drmelhaoui@yahoo.fr

N° de l'NPE : 094012200 N° de l'ICE : 001677235000075 N° de l'IF : 40805491