

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.

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Optique

Autres

Matricule : 10317 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : Nabil SITAH

Date de naissance : 01.07.76

Adresse : 667599788

Tél. : 06 25 99 78 88 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) :

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

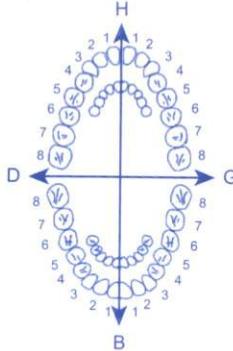
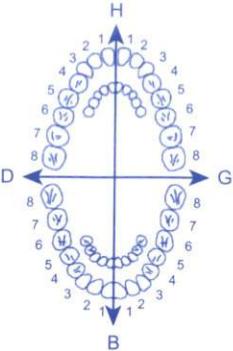
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	00000000	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B		35533411														
G	00000000	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																



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 : 610-2-06

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 101719650 رقم التسجيل
Règlements de la période
du : 17/01/2024 أداءات الفترة من
au : 17/01/2024 إلى

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	أسلوب 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
DOUNAS MOHAMMED ACHRAF											
145061917	11/11/2023	T153	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	100,00	10,00	1,00	100,00	70,00	17/01/2024	70,00
145061917	11/11/2023	D700	CHIRURGIE DENTAIRE	600,00	175,00	10,00	1,00	175,00	70,00	17/01/2024	122,50
145061917	11/11/2023	CG	CHIRURGIE DENTAIRE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	17/01/2024	0,00
145061917	11/11/2023	T151	CHIRURGIE DENTAIRE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	17/01/2024	112,00
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/Portal/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

المزيد 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

 الضمان الاجتماعي +01084 +01088 CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires		التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-1-04
	<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	
خاص بالمؤمن له (ها) Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : Dounas Achraf رقم التسجيل : 3K M 8762 N° Immatriculation : 101719650 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 3K M 8762 N° de la Carte d'Identité Nationale : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant ابن <input type="checkbox"/> هو نفسه Lui même العنوان : 74 lotissement Hady Fatch 1^{er} Etage, App. 1 مبلغ المصارييف : 4 Montant des frais : 1000,00 Dhs. عدد الوثائق المرفقة : 4 Nombre de pièces jointes :			
تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste المستفيد من العلاجات : Dounas mohamed achraf الاسم العائلي و الشخصي : CAIRINA LIGIA تاريخ الازدياد : 11/11/2010 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 3K M 8762 Bénéficiaire des soins : Dounas mohamed achraf Nom et prénom : CAIRINA LIGIA Date de naissance : N° de la Carte d'Identité Nationale : Sexe* : M ذكر F أنثى * الجنس :			
تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 0961493901 نوع العلاجات : علاجات * Soins* <input type="checkbox"/> Prothèse* <input type="checkbox"/> Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> Autres* <input type="checkbox"/> رقم المعاقة المسبقة : في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : في : 05/04/2011 تاريخ :			
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : 05/04/2011 ب : 05/04/2011 في : Le : 05/04/2011 توقيع طبيب الأسنان توقيع المؤمن له (ها) 3K M 8762 Signature de l'assuré (e) Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste <i>150 C 030</i>			

- 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 المحمدية - 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
 مركز الاتصال 08200 7200

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca
Diplôme 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 27/12/2023

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
36	27/12/2023	Composite Classe I	D700	D12	600,00

Montant global : **600,00 MAD**

SIX CENTS DIRHAMS

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
156 Bd Oum Errabii 1er Etage El Oulfa
Casablanca 20222
Tél: 05 22 93 48 38

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

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركوفن بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE : 001758290000007 - INP : 094149390 - IF : 51457012 - N° Cnss : 7018311 - N° patente : 35015636

Note d'honoraires

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 15/11/2023

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
	15/11/2023	Radio-Panoramique			200
	15/11/2023	Radio-Téléradio			200

*Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
156, Bd Oum Errabia
Casa : Tel : 0522 93 48 38*

Montant global : **400,00 MAD**

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

طبيب جراح للاسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 11/11/2023

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

RADIO PANORAMIQUE

TELERADIO DE PROFIL

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
156, Bd Oum Errabii 1er Etage
Casa : Tel 05 22 93 48 38



Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

دكتور هشام عفار

INP:

DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 15/11/

COMPTE RENDU

RADIO PANORAMIQUE :

- Dents de sagesse à l'état de germe .
- Absence d'agénésie .

RADIO DE PROFIL :

- Patient normodivergent .
- Proalvéolie au maxillaire .

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
156, bd Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa - Casablanca 20222
Tél. : 05 22 93 48 38
fax : 05 22 93 48 39

nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

بيان العمليات المهنية.

Dates d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
P :		
P :		

des Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	معامل المعامل Valeur Clé	قيمة المعمول Montant facturé	عمليات الإحياء، الأشعة و الصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
1/1/2023	Rx radiologie		—	200,00	Dr. Hicham Chirurgien Dentiste 156, Bd Oum Errabia Casa : Tel 05 22 93 48 58
4/1/2023	Rx de goutte		—	200,00	Dr. Hicham AFFAR Chirurgien Dentiste Orthodontiste 156, Bd Oum Errabia Casa : Tel 05 22 93 48 58

P : | | | | | | | |

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	معامل المعامل Valeur Clé	قيمة المعمول Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical

P : | | | | | | | |

Dents traitées	Code des actes	Dates des actes	Lettre clé+ Cotation NGAP	Valeur Clé	Montant facturé	Signature et Cachet Dentiste
—	Cnc1	11/11/23	—	—	61	Dr. Hicham Chirurgien Dentiste 156, Bd Oum Errabia Casa : Tel 05 22 93 48 58
36	Cp	24/12/23	—	312	600,00	Dr. Hicham Chirurgien Dentiste 156, Bd Oum Errabia Casa : Tel 05 22 93 48 58

عمليات المساعدين الطبيين

