

# 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.

**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

M23- N° 0040060

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10317 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : NAHIL SIHAB  
 Date de naissance : 02.07.76  
 Adresse :  
 Tél. : 06 75 99 78 78 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

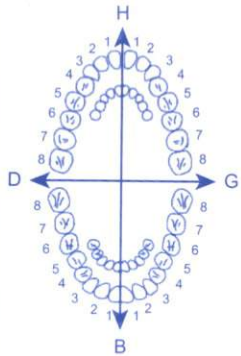
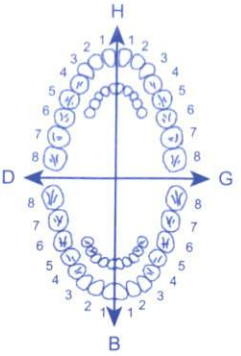
[illegible]

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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 : 17/01/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

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

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 استقدمتم 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
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											304,50
Total général remboursé											304,50

- 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](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

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



**ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان**  
**Feuille de soins dentaires**

\* موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

\* تنفيذ \*  
Exécution \*

مراجع رقم : 610-1-04

الاسم العائلي والشخصي : **DOUNAS RACHID**

رقم التسجيل : **BK 18762**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **1017196510**

N° de la Carte d'Identité Nationale :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*  
Conjoint ☐ زوج ☒ ابن ☒ Lui même ☐ هو نفسه

العنوان : **74 Lotissement Hadj Fatch 1<sup>er</sup> Etage App. 1**

مبلغ المصاريف : **4000,00** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **4**

نúmero de pièces jointes :

**Déclaration du Chirurgien Dentiste** **تصريح طبيب الأسنان**

المستفيد من العلاجات : **Dounas mohamed achraf**

الاسم العائلي والشخصي : **01/11/1979**

تاريخ الزيداد :

Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

الجنس : \* **M** ذكر ☒ **F** أنثى ☐

Sexe\* :

**Identification du Chirurgien Dentiste** **تعريف الطبيب المعالج**

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **094/14934/2**

N° INP :

نوع العلاجات :

Type de soins :

علاجات \* ☐

Soins\* :

البدلة السنية \* ☐

Prothèse\* :

تقويم الأسنان الوجهي \* ☐

Orthodontie faciale\* :

علاجات أخرى \* ☐

Autres\* :

رقم الموافقة المسبقة : **11111111**

N° Entente préalable :

في حالة حادث، يرجى تحثيث ما يلي :

En cas d'accident précisez :

تاريخ : **11/11/1979**

Date d'accident :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

فعل إلى : **01/11/1979**

Fait à :

في : **01/11/1979**

Le :

توقيع وطبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

\* ضع العلامة في الخانة المناسبة

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

www.cnss.ma : 05 22 54 86 73 : الفاكس : 05 22 54 86 07 : الهاتف : 2186 : الدار البيضاء المحطة - الدار البيضاء ص. ب. 2186 : الدار البيضاء - ساحة دكاك - الدار البيضاء

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

مرکز الاتصال 08200 7200

Centre d'appels

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



حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Dr. Micham Affar  
Chirurgien Dentiste  
Centre Dentiste  
195, Bd. du 6<sup>e</sup> Etage Elr. Wa  
Gaza - Tel 05 2 93 48 28

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



حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'anesthésie la nomenclature des actes.

ج. الحائرية المجرأة مع تحديد طبيعتها



**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 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  
Orthodontiste  
156, Bd Oum Errabii El Oulfa  
Casa : Tel 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)



د. هشام عفار

أرجل للأسنان

أية طب الأسنان بالدار البيضاء

على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركوت بفرنسا

على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

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  
Orthodontiste  
156, Bd Oum Errabii El Oulfa  
Casablanca - Tél : 05 22 93 48 38

INP :

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

بيل المصليات المهنية



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