

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.



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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

000101719633

 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 : 15/03/2024	أصدر ب : بتاريخ : 15/03/2024	Page 1 / 1
N° d'immatriculation 101719650 رقم التسجيل DOUNAS RACHID Règlements de la période du : 15/03/2024 من : au : 15/03/2024 إلى :		المرسل إليه	

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 الملف	تاريخ العلاج	الحصيلات	مهنبر الصحة	مبلغ المصروف	التغريقة المرجعية	المعامل	الكمية	ملايين التعويض	نسبة التعويض	نوع 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											
14 3758234	30/01/2024	D708	CHIRURGIE DENTAIRE	1000,00	210,00	12,00	2,00	420,00	70,00	15/03/2024	294,00
Total remboursé											294,00
Total général remboursé											294,00

- 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

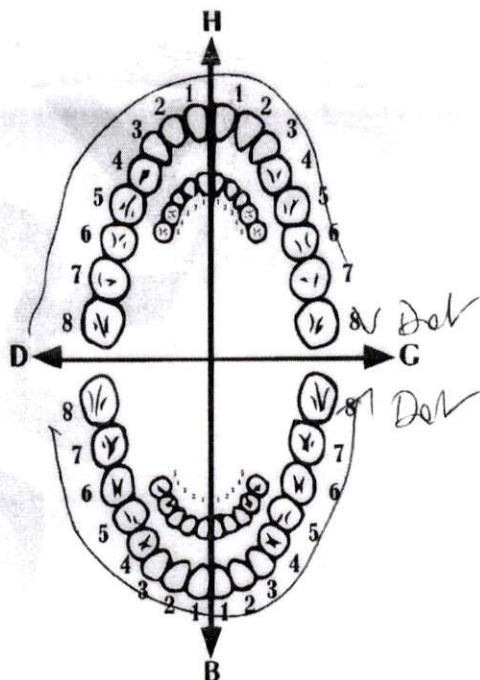
لزيادة المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 او تطبيق الهاتف
 او الاتصال بال мобильн ئ الآلي على الرقم
 او الاتصال برئرك الاتصال الى الضمان على الأرقام

 <p>الضمان الاجتماعي CNS</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire <small>Réf : ANAM 1.2 05.01</small>
Partie réservée à l'assuré (e)		
خاص بالمؤمن له (لها)		
الاسم العائلي و الشخصي : DOUNAS RACHID رقم التسجيل : 31< 118762 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 10171961510 علاقه القرابه بين المستفيد و المؤمن له (لها) * هو نفسه <input checked="" type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> ابنة <input type="checkbox"/> اخ <input type="checkbox"/> اخه <input type="checkbox"/> العنوان : 74, L'assissement hadj Fathia, 1er étage, Appart. مبلغ المصارييف : 1000 Dhs. عدد الوثائق المرفقة : 4 Montant des frais : 1000 درهم. Nombre de pièces jointes :		
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان		
المستفيد من العلاجات : Dounas Mohamed achraf الاسم العائلي و الشخصي : Dounas Mohamed achraf تاريخ الإزدياد : 1994/11/15 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 109411142910 الجنس* : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 109411142910 نوع العلاجات		
Soins* <input checked="" type="checkbox"/> Prothèse* <input type="checkbox"/> Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> Autres* <input type="checkbox"/>		
رقم المعاقة المسبقة : 05 22 54 86 73 في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : Date d'accident : 15/11/2014		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		
Fait à : Le 15/11/2014 ب : في توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		
اصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : Le 15/11/2014 ب : في توقيع الطبيب المعالج Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste <small>Centre d'appels 08200 7200 Casa : Tel 1560 1838</small>		

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

*ضع العلامة في الخانة المناسبة

وصف العمليات المجرأة						
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre Clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع مالك طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
—	Dent 101 Sca	30/01/24	—	D12	500,00	Dr. Hicham Chirurgien Orthodontiste 156, Bd Oum El Mabrouka Casablanca Tel 05 22 93 48 18
—	Dent 206 Sca	08/02/24	—	D12	500,00	Dr. Hicham Chirurgien Orthodontiste 156, Bd Oum El Mabrouka Casablanca Tel 05 22 93 48 18



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.

Docteur Hicham AFFAR
CHIRURGIEN DENTISTE



الدكتور هشام عفار
طبيب جراح للأسنان

Diplôme de la faculté de medecine

dentaire de Casablanca

ICP : 001758290000007 INP : 094149390 - IF : 554 - 512 - N° Crss : 7918814 N° patente : 85815435
Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)

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

خرج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حمل رقم 001758290000007 INP : 094149390 - IF : 554 - 512 - N° Crss : 7918814 N° patente : 85815435

برنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Note d'honoraires

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 08/02/2024

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
Total	31/01/2024	Détartrage 1 séance	D708	D12	500,00
Total	08/02/2024	Détartrage 2 séances	D708	D12	500,00

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabia El Oulfa
Casa : Tel 05 22 93 48 38

Montant global : **1 000,00 MAD**

MILLE DIRHAMS