

## 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

W21-834669

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10217

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NACIR SIHAT

Date de naissance : 02.04.1976

Adresse : 24 Lot HAS FAH APT 2 ET 2 OULFA

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) : .....

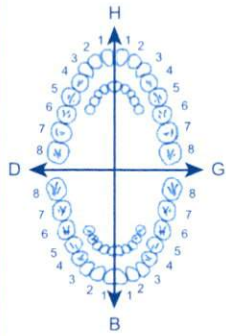
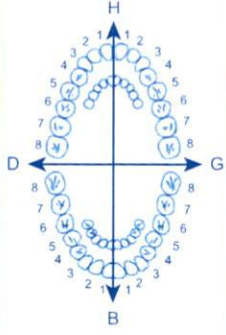


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |  |                  |             |   |   |
|--|--|------------------|-------------|---|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                               |  |                  |             |   |   |
| <b>Important :</b><br>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  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>DEBUT D'EXECUTION<br><br>FIN D'EXECUTION |
|   |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H<br/>               25533412<br/>               00000000<br/>               D             </div> <div>               21433552<br/>               00000000<br/>               G<br/>               00000000<br/>               35533411<br/>               B             </div> </div> |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>DATE DU DEVIS<br><br>DATE DE L'EXECUTION |   |
|    | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | Montant des Honoraires  |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
|  |  |                  |             |   |   |
| 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 : أصدر ب :  
Le : 15/03/2024 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

|                          |           |               |               |
|--------------------------|-----------|---------------|---------------|
| N° d'immatriculation     | 101719650 | رقم التسجيل   | المرسل إليه   |
| Règlements de la période |           | أداءات الفترة | DESTINATAIRE  |
| du : 15/03/2024          | من        |               | DOUNAS RACHID |
| au : 15/03/2024          | إلى       |               |               |

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         | التعريفة المرجعية  | المعامل | الكمية   | أسس التعويض           | نسبة التعويض            | تاريخ إرسال الإفادة      | 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  |               |          |                       |                       |                    |         |          |                       |                         |                          |                   |
| 143758234               | 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

المزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للتأمين لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمشجب الآلي على رقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 73  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73





ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان  
Feuille de soins dentaires

موافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution\*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-04

Ref : ANAM 1.2.05.01

Partie réservée à l'assuré (e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : DOUNAS RACHID : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Immatriculation : 1917196510 : رقم التسجيل :  
N° de la Carte d'Identité Nationale : BK 118762 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)\*  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☒ ابن Lui même ☐ هو نفسه  
Adresse : 74, Lotissement hadj Fath, 1<sup>er</sup> étage, Apt 1 : العنوان :  
Montant des frais : 4000 Dhs. : مبلغ المصاريف :  
Nombre de pièces jointes : 4 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

Bénéficiaire des soins : DOUNAS Mohamed achraf : المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : : تاريخ الإزدياد :  
N° de la Carte d'Identité Nationale : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى : الجنس\* :

Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

N° INP 0941148910 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : نوع العلاجات :  
Soins\* ☒ : علاجات\*  
Prothèse\* ☐ : البدلة السنية\*  
Orthodontie faciale\* ☐ : تقويم الأسنان الوجهي\*  
Autres\* ☐ : 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  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : : ب :  
Le : : في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

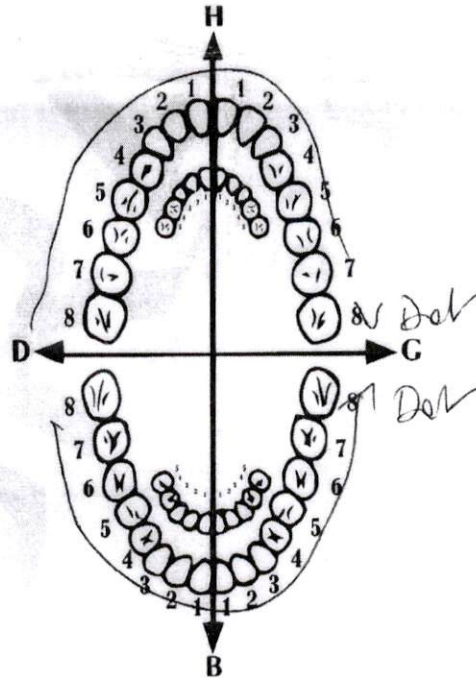
Fait à : : ب :  
Le : : في :  
توقيع  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

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

\* ضع العلامة في الخانة المناسبة

www.cnss.ma : الموقع على الأنترنت : 05 22 54 86 73 : الفاكس : 05 22 54 86 07 : الهاتف : 2186، الدار البيضاء المحطة - الدار البيضاء ص.ب. 2186 Casa-Gare-Telephone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Telephone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma  
مركز الاتصال 08200 7200 : رقم الاتصال

| Description des actes effectués |                                |                                   |  |                            |                                   | وصف العملية المجرىة   |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|---|
| أسنان معالجة<br>Dents traitées  | رمز العمليات<br>Code des actes | تاريخ العمليات<br>Dates des actes | معامل العمليات<br>Lettre Clé+<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع طبيب الأسنان<br>Signature et Cachet du Chirurgien<br>Dentiste                                 |
| —                               | Det<br>1er Sc                  | 31/01/24                          | —  | D12                        | 500,00                            | Dr. Hicham A. AR<br>Chirurgien Dentiste<br>156, Bd Oum Elrabii El Ulla<br>Casa : Tel 05 22 93 48 28 |
| —                               | Det<br>2ème Sc                 | 08/02/24                          | —  | D12                        | 500,00                            |   |
|                                 |                                |                                   |  |                            |                                   |   |
|                                 |                                |                                   |  |                            |                                   |   |



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 professionnels.

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملتها طبقاً لدليل العمليات المهنية.



**Docteur Hicham AFFAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE



**الدكتور هشام عفار**  
مختص جراح للأسنان

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)

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

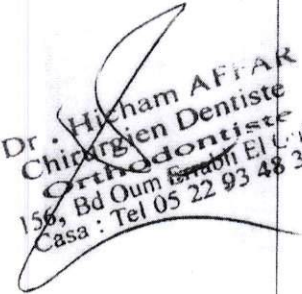
حاصل  
بفرنسا

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  |
| <div><p>Dr. Hicham AFFAR<br/>Chirurgien Dentiste<br/>Orthodontiste<br/>156, Bd Oum Errabi El Oulfa<br/>Casa : Tel 05 22 93 48 38</p></div> |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
|   |            |                      |      |       |         |
| Montant global : <b>1 000,00 MAD</b>  |            |                      |      |       |         |
| <b>MILLE DIRHAMS</b>  |            |                      |      |       |         |