

## 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### 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 tous les 6 mois.

### 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

N° W19-447158

Dentiste

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4817 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOULIDI SAAD Fouad

Date de naissance : 27.01.1960

Adresse : Bd Oued El Maleh N° 55 OULFA CASA

Tél. : 0661052144 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 :

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 : CASABLANCA

Le : 02/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

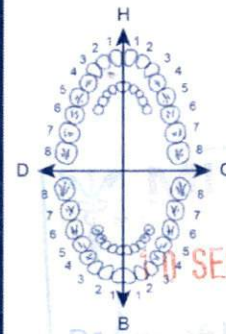
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

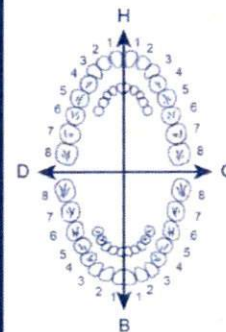
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D 00000000 00000000 G  
 35533411 11433553  
 B

[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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





# ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

## Feuille de soins dentaires

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

موافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*

تنفيذ\*  
Exécution\*

مرجع رقم : 610-1-04

Ref : ANAM 1.2.03.01

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **SABILE FATIHA**

رقم التسجيل : **166691330**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BES15887**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \*

هو نفسه ☐ Lui même ☐ ابن ☐ Enfant ☐ زوج ☐ Conjoint

العنوان : **N°55 Bd oued EL Naleh OULFA CASA**

مبلغ المصاريف : **2896,60** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة : **7**

### تصريح طبيب الأسنان

### Déclaration du Chirurgien Dentiste

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **SABILE Fatima**

تاريخ الازدياد : **15/12/1968**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BES15887**

الجنس : \* أنثى ☒ F ذكر ☐ M

### تعريف الطبيب المعالج

### Identification du Chirurgien Dentiste

الرقم الوطني الاستدالي للممارس : **0000000000**

نوع العلاجات

علاجات\* ☒

البذلة السنية\* ☐

تقويم الأسنان الوجهي\* ☐

علاجات أخرى\* ☐

رقم الموافقة المسبقة : **1111111111**

في حالة حادث. يرجى تحديد مايلي :

تاريخ : **11/11/1111**

أشهد بصحة كل ماذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

فعل : **CASA** بـ :

في : **28/05/2019**

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

فعل : **Dr. Bougogri** بـ :

في : **28/05/2019**

توقيع وطابع طبيب الأسنان  
Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

- INP : Identification Nationale du Practicien

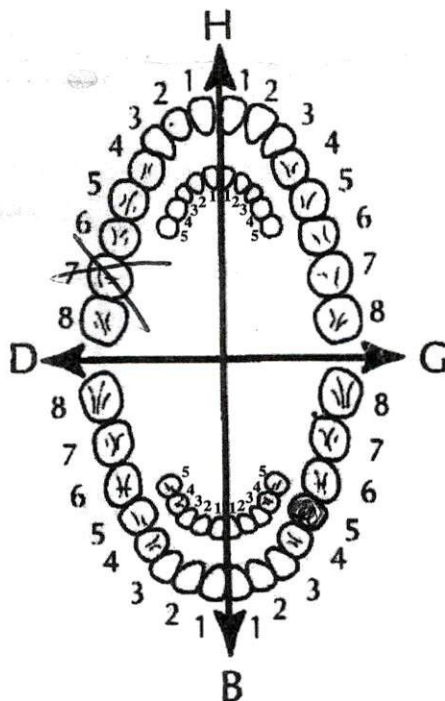
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

Description des ordonnances		جرد الوصفات
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13-04-19	246,50	<p>PHARMACIE AL OUBAYDI S. CHALAK Haj Nassar DOCTEUR EN PHARMACIE Boulevard de la République - EL Tél : 05 22 00 53 13 BORDJ</p>
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	INPE : 092008549	
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
13/4/19		Z2g		250 MP	<p>الطبيب بالإشعة والصور Radiologue Boulevard de la République - EL Tél : 05 22 00 53 13 BORDJ</p>
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	INPE : 091033225				
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
	C	13.4.19	D <sub>1</sub>		200 <sup>24</sup>	Dr. AMOR Boumia Chirurgien Dentiste Rue Firas Jassim, 159 9d de Bourgogne Tunis
√ 17	D713	19.4.19	D <sub>10</sub>		400 <sup>24</sup>	
	D708	23.4.19	D <sub>12</sub>		400 <sup>24</sup>	Dr. AMOR Boumia Chirurgien Dentiste Rue Firas Jassim, 159 9d de Bourgogne Tunis
	D705	30.4.19	D <sub>12</sub>		400 <sup>24</sup>	
35	D705	10.5.19	D <sub>10</sub>		350 <sup>24</sup>	Dr. AMOR Boumia Chirurgien Dentiste Rue Firas Jassim, 159 9d de Bourgogne Tunis
35	D700	28.5.19	D <sub>10</sub>		450 <sup>24</sup>	



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 المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.





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 : 01/08/2019

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 166691330

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 01/07/2019

من

au : 31/07/2019

إلى

Destinataire

المرسل إليه

SABILE FATIHA

OULFA GR V BD OUED EL MALEH NO 55 20220  
CASABLANCA-MAROC

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	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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SABILE FATIHA											
55370703	07/06/2019	C	MEDECIN GENERALISTE	250,00	80,00	1.0	1,00	80,00	70,00	02/07/2019	56,00
55370703	07/06/2019	PH	PHARMACIE	458,50	458,50	1.0	1,00	458,50	70,00	02/07/2019	320,95
55370532	13/04/2019	Z	RADIOLOGIE	250,00	160,00	1.0	1,00	160,00	70,00	04/07/2019	112,00
55370532	13/04/2019	C	CHIRURGIEN DENTISTE	200,00	80,00	1.0	1,00	80,00	70,00	04/07/2019	56,00
55370532	13/04/2019	D	CHIRURGIEN DENTISTE	400,00	175,00	1.0	1,00	175,00	70,00	04/07/2019	122,50
55370532	13/04/2019	D	CHIRURGIEN DENTISTE	800,00	210,00	1.0	2,00	420,00	70,00	04/07/2019	294,00
55370532	13/04/2019	D	CHIRURGIEN DENTISTE	350,00	262,50	1.0	1,00	262,50	70,00	04/07/2019	183,75
55370532	13/04/2019	D	CHIRURGIEN DENTISTE	450,00	175,00	1.0	1,00	175,00	70,00	04/07/2019	122,50
55370532	13/04/2019	PH	PHARMACIE	246,50	231,10	1.0	1,00	231,10	70,00	04/07/2019	161,77
55081991	29/06/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1.0	1,00	150,00	70,00	25/07/2019	105,00
55081991	29/06/2019	PHN	PHARMACIE	392,50	228,50	1.0	1,00	228,50	0,00	25/07/2019	0,00
Total remboursé											1534,47
Total général remboursé											1534,47

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

www.cnss.ma  
www.cnss.ma/Portail/  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100

éro

DAMANE aux numéros

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



# الفحص بالأشعة واد المخازن Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد بريدة السوني

خريج كلية الطب  
بمونبيلي

CASABLANCA ,LE : 13/04/2019

I.R.M

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

RACHIS ENTIER  
Numérisée

GONOMETRIE  
Numérisée

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE  
Tomosynthese

OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

## EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA19/2772

SABILE FATIHA

ICE :

REF.NN.

Désignation	Quantité	P.U	Montant
PANORAMIQUE	1,00	250,00	250,00

Total

250,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cent cinquante Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° : 013780 01096 000105 001 05 48/ BMCI RUE D'ALGER CASABLANCA.  
CNSS 1707572-PATENTE 355003945 IF 40400480 ICE 001598548000033

12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72  
Email : radiologie.om@gmail.com

# NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : DR AMOR Soumia

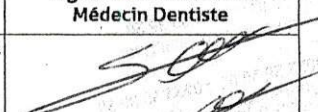
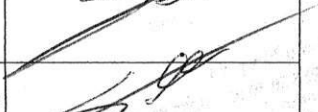
N° de l'INPE : 094010881

N° de l'ICE : 001663576000074

N° de l'IF : 40112028

Patient : Sabile Fatima

Date : 28.5.2019

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
√ 17	C	13.4.19	D4		200 <sup>eu</sup>	
	D713 200	19.4.19	D10		400 <sup>eu</sup>	
	D708 Débitage	23.4.19	D12		600 <sup>eu</sup>	
	D708 Débitage	30.4.19	D12		400 <sup>eu</sup>	
35	D705 obron	10.5.19	D10		350 <sup>eu</sup>	
1	D700 af	28.5.19	D10		450 <sup>eu</sup>	

2800,00 DHA

Montant global :

Deux mille deux cents DHA

Mode de paiement

☒ Espèces

☐ Chèque

Signature et cachet

Adresse : Résidence FIRAS JASSIN. 150 angle Bd de Bougagne et Mohamed El Nekhari. Bougagne - Casablanca

Téléphone : 0522 26 20 02 Fax : 0522 26 35 20

E-mail : drsoumia@gmail.com



**Dr Soumia AMOR**

Docteur d'Etat en Médecine Dentaire.  
Lauréate de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Monastir

Diplômée en Homéopathie  
et en Médecine Alternatives

**الدكتورة سومية عمور**

دكتورة في طب وجراحة الأسنان  
خريجة كلية طب الأسنان بمنستير  
إختصاصية في طب المثلي  
وطب البديل

le 13 4-2019

Ame sabilé Fathe

138,30

Augmentin 500 cp

(4S)

1 cp 3/j

52,80

Oedon

1 cp 1/j

(4S)

PHARMACIE AL QUTIA  
S. CHALIX Haj Nassar  
Dentiste - Homéopathe  
150, Bd de Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 26 20 02 - Fax : 05 22 20 35 20

55,40

Swigam 200 mg

1 cp 2x 3/j

(4S)

T = 246,50

إقامة فراس جاسم 150 - شارع بوركون - الدار البيضاء - Casablanca - Bd de Bourgogne - 150, Rés. Firas Jassim  
I.C.E. : 001663576000074 - Tél. : 05 22 26 20 02 - الهاتف - Fax : 05 22 20 35 20 - الفاكس

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg

32 comprimés pelliculés



6 118000 161288

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

LOT : 6MA073  
PER : 01 2019

SURGAM 200 MG

OP 950 820

P.P.V. : 550H40



6 118000 060857



# Dr Soumia AMOR

Docteur d'Etat en Médecine Dentaire  
Lauréate de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Monastir

Diplômée en Homéopathie  
et en Médecine Alternatives

## الدكتورة سومية عمور

دكتورة في طب وجراحة الأسنان  
خريجة كلية طب الأسنان بمنستير  
إختصاصية في طب المثلي  
وطب البديل

le 11.4.2019

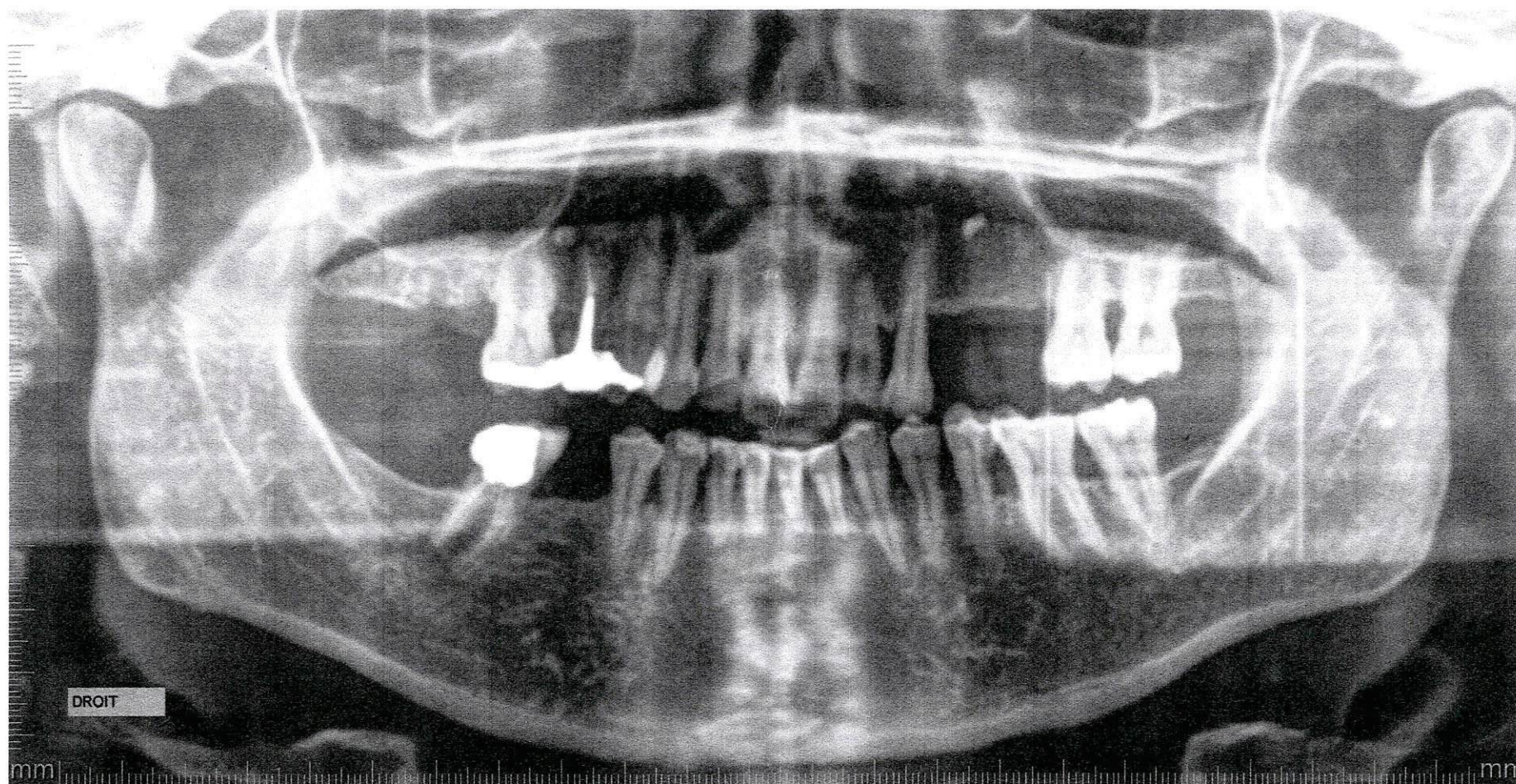
Ame Sabile Echiche

Panoramique Normale

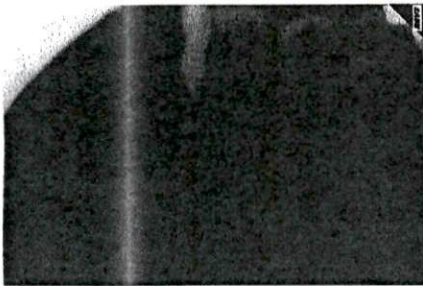
قيد التسجيل  
312, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 26 20 02 - Fax: 05 22 20 35 20

Dr. AMOR SOUMIA  
Chirurgien Dentiste  
Rcs Firas Jassim, 150 Bd de Bourgogne  
Tél: 05 22 26 20 02 - Fax: 05 22 20 35 20

إقامة فiras جاسم 150 - شارع بوركون - الدار البيضاء - Casablanca - 150, Bd de Bourgogne - Firas Jassim Rés.  
الفاكس : 05 22 20 35 20 - الهاتف : 05 22 26 20 02 - Tél. : 05 22 26 20 02 - I.C.E. : 001663576000074







Date de prise de cliché : 15/05/2019

Durée :  
Commentaire :

35 avant

Date de prise de cliché : 15/05/2019

Durée :  
Commentaire :

10.5.19  
35 après H caen

*[Handwritten signature]*