

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

Dentist

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4817	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Louliki SAAD Fouad			
Date de naissance : 27.01.1960			
Adresse : Bd OUED EL MALEH N° 55 OULFA CASA			
Tél. :	0661052144	Total des frais engagés : 1500 Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin:		
Date de consultation : 02 SEP 2019		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02.10.91, 2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

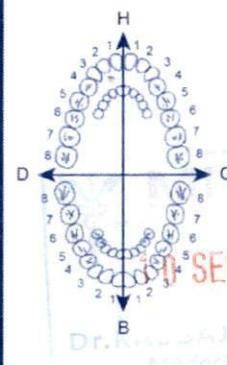
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

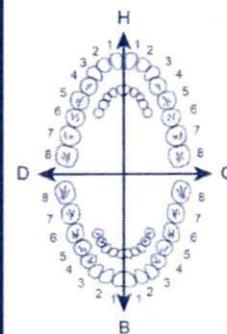
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

15
882 C.R.

MONTANTS DES SOINS

826

DEBUT D'EXECUTION

114 = 826

FIN D'EXECUTION

659 X

17010

COEFFICIENT DES TRAVAUX

17010

MONTANTS DES SOINS

17010

DATE DU DEVIS

2019

DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

موافقة مسبقة*
Entente préalable*

تنفيذ*
Exécution *

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

SABILE FATIHA

الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation :

166691330

رقم التسجيل :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

BES 515887

رقم بطاقة التعرف 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 : **N°35 Bd oued EL Naleh OULFA CASA** العنوان :

Montant des frais : **2696,60** درهم Dhs. مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : **3** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Chirurgien Dentiste

تصريح طبيب الأسنان

Bénéficiaire des soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

SABILE Fatiha

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

15/11/1968

تاريخ الازدياد :

N° de la Carte d'Identité Nationale :

BES 515887

رقم بطاقة التعرف الوطنية :

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

الجنس * :

Identification du Chirurgien Dentiste

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **001010881**

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Soins*

علاجات *

Prothèse*

البدلة السنية *

Orthodontie faciale*

تقويم الأسنان الوجهية *

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 :

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

Fait à : **CASA** بـ :
Le : **28/05/2019** في :
توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

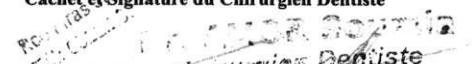


أصر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Le 28/05/2019** بـ :
Le : **28/05/2019** في :
توقيع وطابع طبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste



- INP : Identification Nationale du Practicien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

جريدة الوصفات

توقيع وطابع الصيدلي أو موئن التجييزات الطبية

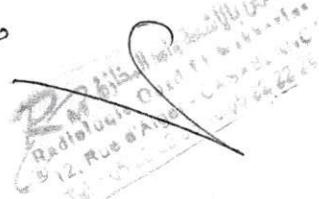
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Description des ordonnances

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفوتر Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13-04-19	246,50	PHARMACIE AL OUAFI S. CHALAK Haj Nassar Doctor in Pharmacy 55, Avenue 1er Janvier 51 Tunis - 10322 - Tunisia Tunis - 10322 - Tunisia INPE : 092008549
INP :		
INP :		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الاحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
13/4/19		229		250,00	
INP :	INPE				
	091033225				
INP :					

Actes Paramédicaux

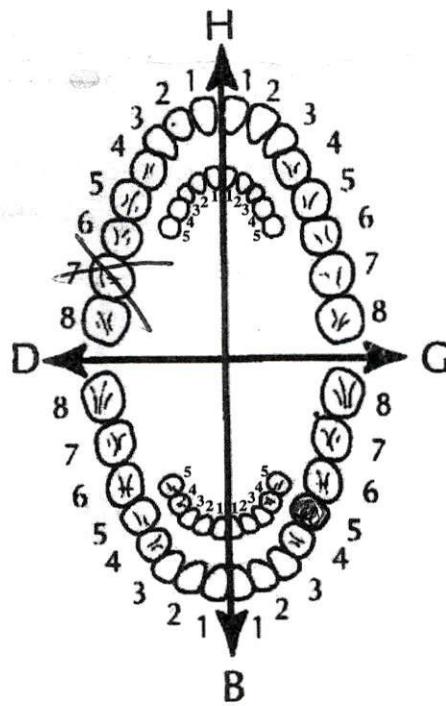
عمليات المساعدين الطبيين

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 :					

وصف العمليات المجرأة

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
	C	13419	D ₁₀		200 ²⁴	Dr. AMOR SANTINI Chirurgien Dentiste P.C. Firas Jassim, 159 Bd de Bourgogne Tél: 01 45 50 20 20
✓17	D713	19419	D ₁₀		400 ²⁴	Dr. AMOR SANTINI Chirurgien Dentiste P.C. Firas Jassim, 159 Bd de Bourgogne Tél: 01 45 50 20 20
	D708	23419 All nitro	D ₁₂		400 ²⁴	Dr. AMOR SANTINI Chirurgien Dentiste P.C. Firas Jassim, 159 Bd de Bourgogne Tél: 01 45 50 20 20
35	D708	30.4.19	D ₁₂		400 ²⁴	Dr. AMOR SANTINI Chirurgien Dentiste P.C. Firas Jassim, 159 Bd de Bourgogne Tél: 01 45 50 20 20
35	D705	10.5.19	D ₁₀		350 ²⁴	Dr. AMOR SANTINI Chirurgien Dentiste P.C. Firas Jassim, 159 Bd de Bourgogne Tél: 01 45 50 20 20
35	D700	28.5.19	D ₁₀		450	Dr. AMOR SANTINI Chirurgien Dentiste P.C. Firas Jassim, 159 Bd de Bourgogne Tél: 01 45 50 20 20

comp



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



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
مـرجع رقم : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA
Le : 01/08/2019

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 166691330 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 01/07/2019 من
au : 31/07/2019 إلى

Destinataire

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

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	العنيلات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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
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						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الإجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمحجب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

4ème DAMANE aux numéros 080 203 3333 / 080 200 7200

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100



الفحص بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السنوني

خريج كلية الطب
بمونيولي

CASABLANCA ,LE : 13/04/2019

I.R.M

EXONEREE DE LA TVA

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

Facture N°: FA19/2772

SABILE FATIHA

ICE :

DENTA-SCANNER

REF.NN.

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

RADIO - PHOTO

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

(Handwritten signature and stamp of Radiologie Oued El Makhazine, Rue d'Alger, Casablanca)

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

زنقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 29 94 72 - الفاكس: 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41
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 : 09 3 0108 81

N° de l'ICE : 00 16 6357 600 0074

N° de l'IF : 40 11 2028

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 الموقر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
17	C	13.4.19	D4		200	500
	D713	19.4.19	D10		400	500
	200					500
	D708	23.4.19	D12		600	500
	ékatney					500
	D708	30.4.19	D12		600	500
	dékatney					500
35	D705	10.5.19	D10		350	500
	obcan					500
1	D705	28.5.19	D10		450	500
	def					500

2200,00 Dhs

Montant global : deux mille deux cents Dhs

Mode de paiement Espèces Chèque

Signature et cachet

Adresse : Résidence FIRAS JASSIN 150 angle Bd de Boufoggue et Mohamed El Neknassi, Boufoggue - Casablanca

Téléphone : 05 22 26 2002 Fax : 05 21 20 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 المثلث
وطب البديل

Le 13 Juillet 2019

Anesabde fathe

138,30

Augment 500 CP 

183fl/j

52,80

Oedos

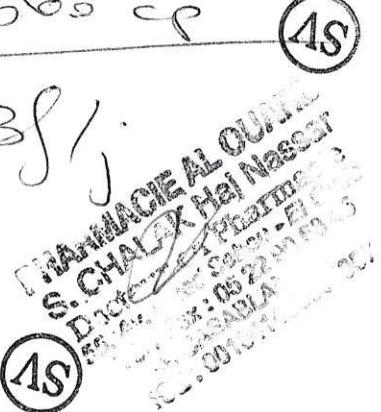
181j

55,40

Suigam 200 mg

18253fl/j 

T = 246,50



Sellier

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

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg
32 comprimés pelliculés



6 118000 161288

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

SURGAM 200 MG

02 850 820

P.P.V : 66DH40



6 118000 060857

LOT : 6MA079
PER. : 01/2019

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
إخلاصائية في طب المثلث
وطب البديل

le 11.4.2019

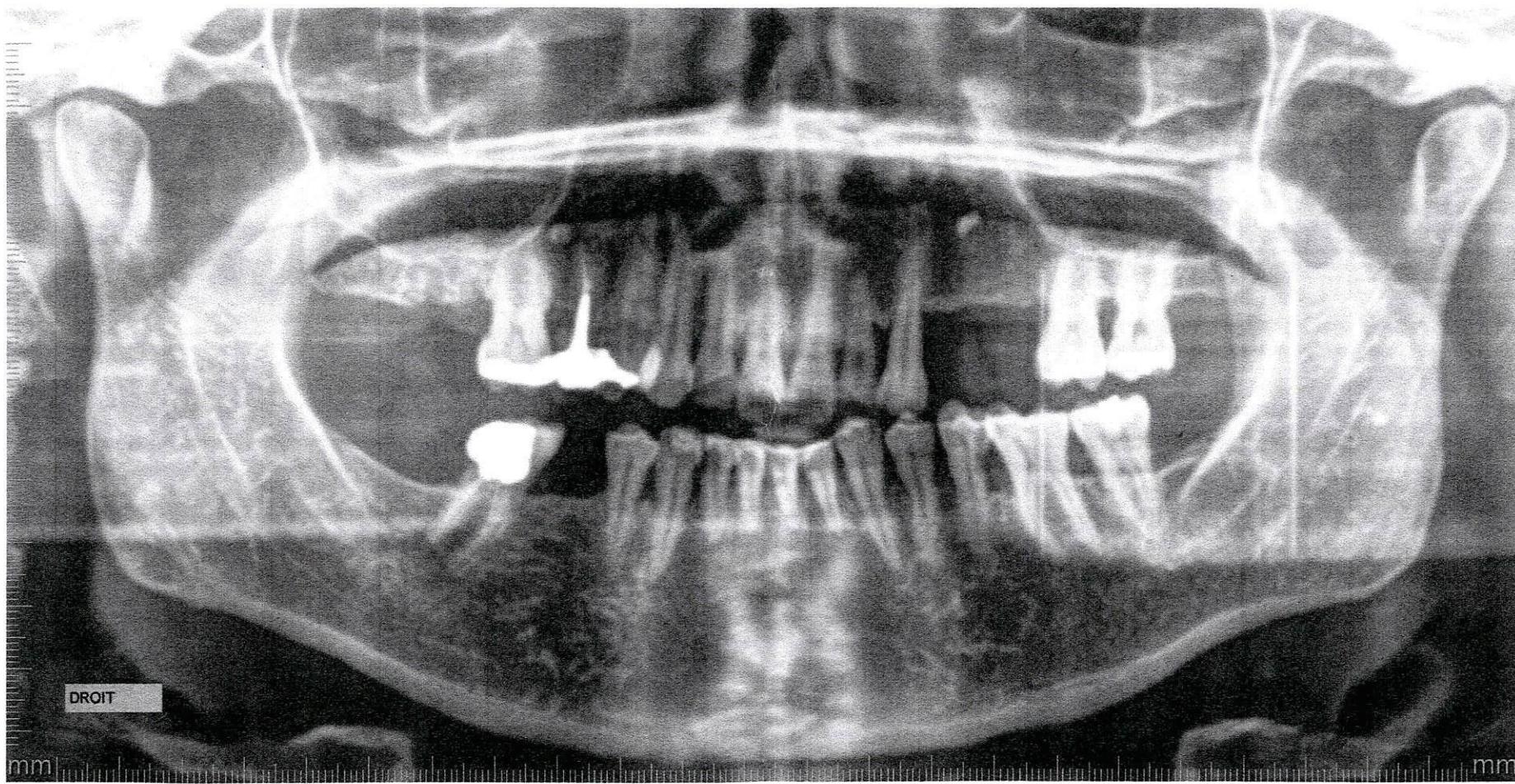
Mme Sabine Estelle

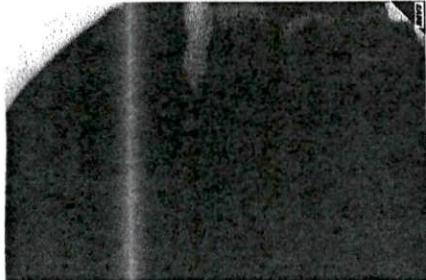
Panoramique numérisée



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

Rés. Firas Jassim - 150, Bd de Bourgogne - Casablanca
I.C.E. : 001663576000074 - Tél. : 05 22 26 20 02 - الهاتف : Fax. : 05 22 20 35 20
الفاكس :





Date de prise du cliché : 15/02/2010
Droits :
Commentaires :

35 avant

Date de prise du cliché : 20/02/2010
Droits :
Commentaires :

20/02/2010
35 après HCO

Copyright VERIDON S.A. 2000-2005 - Veridont Traction - VERIDON S.A. ne saurait en aucun cas être tenu pour responsable des Avertissements et/ou Contraindications contenus dans ce document.