

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0047220

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KA NA Neum Verve ESSBAH Ned
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0662 51175 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

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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

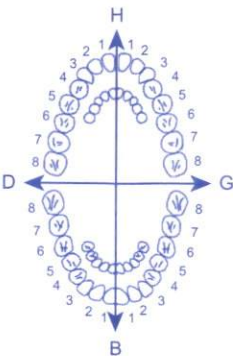
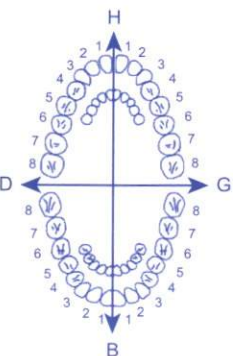
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

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 مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CAS/ABLANCA Le : 17/05/2023	أصدر ب : بتاريخ :	الصفحة 1 / 1 Page
N° d'immatriculation 110794049 Règlements de la période du : 17/05/2023 : من au : 17/05/2023 : إلى	Destinataire المرسل إليه KANA MARIEM		

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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	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
KANA MARIEM											
118118490	27/04/2023	PH	PHARMACIES D	303,80	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	17/05/2023	205,80
118118490	27/04/2023	D702	OFFICINES CHIRURGIE DENTAIRE	300,00	262,50	15,00	1,00	262,50	70,00	17/05/2023	183,75
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											389,55
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											389,55

- 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

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

Dr. GOUMA
Mohamed Amine
 Chirurgien Dentiste
 Orthodontie - Implantologie
 Parodontie - Blanchiment
 Laser



Finance City
Dental Center
 FC/DC

الدكتور كوما
محمد أمين
 طبيب جراح للأسنان
 تقويم الأسنان - زراعة الأسنان
 علاج وجراحة اللثة - تبييض الأسنان
 الليزر

Casablanca le: 27/04/2022

Mme Meriem Kana

109.00 x 2

98.00 x 2

1) Zongue 1g (S) =

1S 3/4 ml 2g
 22.00 x 2

2) Cédrol 200mg (cp) =

1cp 3/4 ml 2g
 52.80

3) Aulcer Zongue (cp)

1cp prise matin 1Sg

0522 94 72 93 - 0696 53 41 57

268, Bd Yacoub El Mansour
 Rés, Wifak Appt 17, 3^{ème} étage
 Hay Essalam Casablanca

fcdc0805@gmail.com

303.80

Dr. GOUMA Mohamed Amine
 Médecin Dentiste
 268, Bd Yacoub El Mansour Rés, Wifak
 Appt 17, 3^{ème} étage Hay Essalam
 Casablanca - Tél: 0522 94 72 93

Dr. GOUMA Mohamed Amine
 Médecin Dentiste
 268, Bd Yacoub El Mansour Rés, Wifak
 Appt 17, 3^{ème} étage Hay Essalam
 Casablanca - Tél: 0522 94 72 93

Ordonnance

ZAMOX[®] 14 Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g / 125 mg



ZAMOX[®] Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

12 SACHETS



Cédol[®]
20 Comprimés



Cédol[®]
20 Comprimés



AULCER[®] 20 mg

14 Gélules



Dr. SOUFIYA MOHAMED
209, Boulevard El Maman, 10000, Casablanca
Appel 17, 3ème Etage, Tél: 0522 77 193

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par mes praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أئمتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساوير القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة

Cachet et Signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري

Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Ref : ANAM 12 03/01
	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	مرجع رقم : 610-1-04
Partie réservée à l'assuré (e) خاص بالمؤمن له (لها)			
الاسم والعائلي والشخصي : KANA JENNA Nom et prénom :			
رقم التسجيل : 1111111111 N° Immatriculation :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 9111111111 N° de la Carte d'Identité Nationale :			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> هو نفسه <input type="checkbox"/>			
العنوان : Adresse :			
مبلغ المصاريف : 603.85 Dhs. Montant des frais :			
عدد الوثائق المرفقة : 3 Nombre de pièces jointes :			
تصريح طبيب الأسنان			
المستفيد من العلاجات : Bénéficiaire des soins :			
الاسم والعائلي والشخصي : Nom et prénom :			
تاريخ الإزيداد : Date de naissance :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la Carte d'Identité Nationale :			
الجنس* : M ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> F			
تعريف الطبيب المعالج			
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : N° INP : 094193141			
نوع العلاجات : Type de soins :			
علاجات* <input checked="" type="checkbox"/>			
البدلة السنوية* <input type="checkbox"/>			
تقويم الأسنان الوجهي* <input type="checkbox"/>			
علاجات أخرى* <input type="checkbox"/>			
رقم الموافقة المسبقة : N° Entente préalable :			
في حالة حادث. يرجى تحديد ما يلي : En cas d'accident préisez :			
تاريخ : Date d'accident :			
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : CASA : ب Le : 21/11/2023 : في توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		Fait à : CASA : ب Le : 21/11/2023 : في توقيع وطبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste	
- INP : Identification National du Praticien - * Cocher la mention utile pour chaque case - * وضع العلامة في الخانة المناسبة			
دار المراسم - ساحة تافار - دار البيضاء - ص.ب. 2186 - الهاتف : 05 22 54 86 07 - الفاكس : 05 22 54 86 73 - الموقع على الانترنت : www.cnss.ma Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca - S.P. 2186 - Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma مركز الاتصال 08200 7200			

