

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0047220

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : KA NA Neuvième veuve ESSRARAH NED  
Date de naissance :  
Adresse :  
AG3073  
Tél. : 0662 51 1195 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) :



## 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

| 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<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

#### 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 |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top, and the horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown with a dashed line and a solid line.

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

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  
Réf. : 610-2-06  
مرجع رقم : 610-2-06

|  |  |   |   |                                     |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
|  | Emis à :<br>Le :<br>N° d'immatriculation<br>Règlements de la période<br>du : 17/05/2023<br>au : 17/05/2023 | CAS/ABLANCA<br>17/05/2023<br>نº التسجيل<br>أداءات الفترة<br>من :<br>إلى : | أصدر ب :<br>بتاريخ :<br>Destinataire<br>KANA MARIEM | Page 1 / 1<br>الصفحة<br>المرسل إليه |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

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  | العمليات | مهنيو الصحة                               | مبلغ المصارييف        | التعريفة 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 | Coef.                        | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| <b>KANA MARIEM</b>             |               |          |   |                       |                    |                              |          |                       |                         |                          |                   |
| 118118490                      | 27/04/2023    | PH       | PHARMACIES D OFFICINES CHIRURGIE DENTAIRE | 303,80                | 0,00               | 1,00                         | 5,00     | 0,00                  | 0,00                    | 17/05/2023               | 205,80            |
| 118118490                      | 27/04/2023    | D702     |   | 300,00                | 262,50             | 15,00                        | 1,00     | 262,50                | 70,00                   | 17/05/2023               | 183,75            |
| <b>Total remboursé</b>         |               |          |   |                       |                    | <b>مجموع مبلغ التعويض</b>    |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>Total général remboursé</b> |               |          |   |                       |                    | <b>مبلغ التعويض الإجمالي</b> |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>389,55</b>                  |               |          |   |                       |                    |                              |          |                       |                         |                          |                   |

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 بالسيف الإلكتروني على الرقم  
0522 54 86 73 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 07-0522 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

Dr. GOUMA  
Mohamed Amine

Chirurgien Dentiste  
Orthodontie - Implantologie  
Parodontie - Blanchiment  
Laser



الدكتور كوما  
محمد أمين

طبيب جراح للأسنان  
تقديم الأسنان - زراعة الأسنان  
علاج وجراحة اللثة - تبييض الأسنان  
الليزر

Casablanca le: 27/04/2023

Mme Meriem Kara



109.50 x 2  
98.00 x 2

1) Zomac 1g (S) =

22.00 x 2 1S 3 fl/g ml 2g

2) Céstrol 200mg (cp) =

52.80 1 fl/g ml 2g

3) Aulcer Zomg (cp)

1cp prise matin 1Sg

0522 94 72 93 - 0696 53 41 57

268, Bd Yacoub El Mansour  
Rés, Wifak Appt 17, 3<sup>eme</sup> étage  
Hay Essalam Casablanca

fcdc0805@gmail.com

303.80

TEL: 0522 94 72 93  
CE: 002042097000124  
Hay Essalam  
Bd Yacoub El Mansour  
Rés, Wifak  
Appt 17, 3<sup>eme</sup> étage  
Casablanca -

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

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



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

12 SACHETS



Cédol®  
20 Comprimés



Cédol®  
20 Comprimés

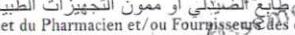


AULCER® 20 mg  
14 Gélules

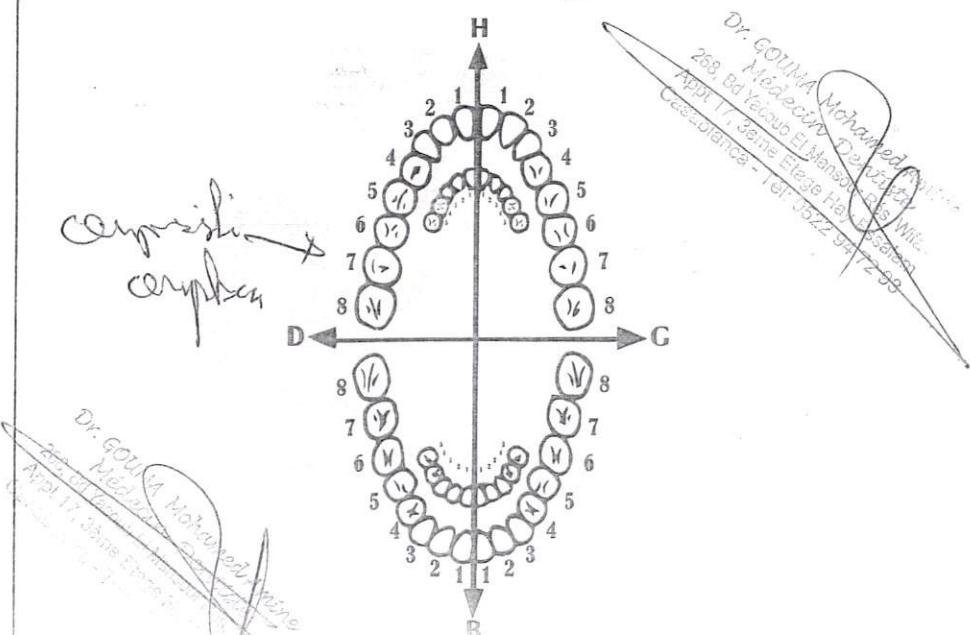


| Instructions à suivre   |  | تعليمات يجب اتباعها                 |
|---|--|-------------------------------------|
| Etablir une feuille de soins par personne et par événement.   |  |                                     |
| La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives 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.  |  |                                     |
| Toujours et طابع الوكالة  |  | خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري |
| Cachet et Signature de l'Agence   |  | Réserve à la DAMO                   |
| Identification de l'agent : .....   |  | تاريخ الاستلام : .....              |
| Date de dépôt du dossier : .....  |  | تاريخ الإيصال : .....               |
| تاريخ الاتصال : .....   |  | Date d'arrivée : .....              |

| ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان  | Feuille de soins dentaires   | مديرية التأمين الصحي الإجباري   |  |
|--|--|---|--|
| <p>الضمان الاجتماعي<br/>CNSS</p>   | <input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة*<br><input type="checkbox"/> Entente préalable* | <input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ*<br><input type="checkbox"/> Exécution* | Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| خاص بالمؤمن له (لها)   |  | Ref : 610-01-04   |  |
| الإسم العائلي و الشخصي :   |  | رقم التسجيل :   |  |
| Nom et prénom : <u>KAFALA</u>  |  | رقم بطاقة التعريف الوطنية :   |  |
| N° Immatriculation : <u>18892994849</u>  |  | علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *                                     |  |
| N° de la Carte d'Identité Nationale :  |  | العنوان :   |  |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *   |  | العنوان :   |  |
| 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"/> ابن |  | العنوان :   |  |
| Adresse : .....  |  | مبلغ المصاري :  |  |
| Montant des frais : <u>603.50</u> Dhs.   |  | عدد الوثائق المرفقة :   |  |
| Nombre de pièces jointes : <u>2</u>  |  | تصريح طبيب الأسنان  |  |
| Déclaration du Chirurgien Dentiste   |  | المستفيد من العلاجات :  |  |
| Bénéficiaire des soins :   |  | الإسم العائلي و الشخصي :  |  |
| Nom et prénom : <u>الدكتور</u>   |  | الإسم العائلي و الشخصي :  |  |
| Date de naissance : <u>1970-01-01</u>  |  | تاريخ الإزدياد :  |  |
| N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>1111111111111111</u>  |  | رقم بطاقة التعريف الوطنية :   |  |
| Sexe* : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى   |  | الجنس* :  |  |
| INPE   |  | الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :   |  |
| Identification du Chirurgien Dentiste  |  | نوع العلاجات  |  |
| تعريف الطبيب المعالج   |  | علاجم*  |  |
| N° INP <u>094193141</u>  |  | الدولة السنوية*   |  |
| Type de soins  |  | نقويم الاسنان الوجهي*   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Soins*   |  | علاجمات أخرى*   |  |
| <input type="checkbox"/> Prothèse*   |  | رقم المعاقة المسبقة :   |  |
| <input type="checkbox"/> Orthodontie faciale*  |  | في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :   |  |
| <input type="checkbox"/> Autres*   |  | تاريخ :   |  |
| N° Entente préalable : <u>11111111</u>   |  | أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه   |  |
| En cas d'accident prévoyez   |  | J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.          |  |
| Date d'accident <u>11111111</u>  |  | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.                     |  |
| Fait à : <u>الدار</u> ب: <u>الدار</u> في: <u>الدار</u> بتاريخ: <u>2023-06-12</u>   |  | ب: <u>الدار</u> في: <u>الدار</u> بتاريخ: <u>2023-06-12</u>                        |  |
| Le : <u>توقيع المؤمن له (لها)</u>  |  | Le : <u>توقيع طبيب الأسنان</u>  |  |
| Signature de l'assuré (e)  |  | Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste  |  |

| Description des ordonnances       |                                | جريدة الوصفات  |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| تاريخ النفيذ<br>Dates d'exécution | المبلغ المفترض<br>Prix facturé | توقيع الطبيب أو ممون التجييزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux  |
| 27/04/22                          | 303.80                         | <br>28/04/22 Olfa casa<br>00204209 000024<br>00204209 8458<br>21.05.22 93 8458 |
| INP : INPE:092010552              |                                |  |
|                                   |                                |  |
| INP : [REDACTED]                  |                                |  |

| Description des actes effectués |                                |                                   |   |                            |                                   |   | وصف العمليات المجرأة |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|----------------------|
| 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 المفترض<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأسنان<br>Signature et Cachet du Chirurgien<br>Dentiste |                      |
| 12 D5x2                         |                                | 27/04/23 D5c                      |   |                            | 300,00dt                          |   |                      |
|                                 |                                |                                   | DR. GOUNA DENTISTE<br>Médical Dentiste<br>263, Bd Yacoub El Magariaf<br>Appart 17, 3eme El Agouza<br>Casablanca - Tel: 0524 22 93 |                            |                                   |   |                      |



على الطبيب تحديد السن المتألم، العملية المستمرة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذلك معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.