

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 708 Société : AGAF
 Actif Pensionné(e) Autre : EL MAROUI, Doud
 Nom & Prénom : EL MAROUI, Doud
 Date de naissance : 01-01-48
 Adresse : 51, Rue HAGANE Hy. EL AYAN Casablanca
 Tél. : 06 62 81 26 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : KOUIKI Khadija 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 : 10/01/1903

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0055655

COMPLÉMENT Optique

Autres

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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

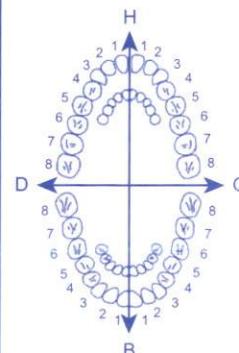
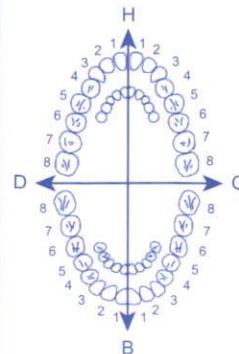
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<p>ODF PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Coefficient des Travaux												
				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués

صف العمليات المحددة

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطبعة المساعدة: عمليات

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Zineb MANNANI

Kinésithérapeute -Physiothérapeute

Master Universitaire spécialisé en Réhabilitation des maladies chroniques

Diplômée de l'Université de Montpellier I
Kinésithérapie Respiratoire (Enfants - Adultes)
Kinésithérapie de la Grossesse et du post-partum



INPE : 06 504 9504

مناني زينب

مروضة طبية و معالجة فيزيائية

ماجستير جامعي تخصص ترويض الامراض المزمنة

خريجة جامعة مونبلييه

ترويض امراض الجهاز التنفسي- الاطفال- الكبار

ترويض المرأة الحامل و المسالك البولية

PLANNING DES SEANCES PREVISIONNEL

Le 13/04/2023

Patient : Mme Kouiri Khadija

N° de séance	Jour	Date	Heure
1	lundi	10/04/2023	13h00
2	mercredi	12/04/2023	11h00
3	vendredi	14/04/2023	15h00
4	lundi	17/04/2023	10h00
5	mercredi	19/04/2023	10h30
6	vendredi	21/04/2023	10h00
7	lundi	24/04/2023	11h00
8	mercredi	26/04/2023	12h00
9	vendredi	28/04/2023	10h00
10	lundi	01/05/2023	15h00

PHYSIOSPACE SARL AU
Rue Ibnou Assakir, RDC Magasin Premium C5
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20
ICE : 003165577000001

ZINEB MANNANI
Kinésithérapeute-physiothérapeute
Centre Physiospace
Rue Ibnou Assakir, RDC magasin
Premium C5, Maârif - Casablanca

Rue Ibnou Assakir, Rés. Le Premium 9, RDC magasin Premium C5,
Chantimar II Quartier les Princesses, Maârif Casablanca -

ICE : 003165577000001

Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Kouini Prénom : Khadija

1) Date de la constatation de l'état de malade :

06/04/2023

2) Renseignements cliniques sommaires :

- Arthrose rachis cervical
+ Stenose de l'effacement
des nerfs de l'épaule DR

3) Traitement envisagé et actes :

Rééducatrice rachis
clinique d'épaule DR

2) Durée prévisible du traitement :

10 (Dix) séances (3 semaines)

A COMMENCER LE 06/04/2023

Signature DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

وصفة ORDONNANCE

le 06/04/2023

Priez de faire 10 séances de
rééducation de l'épaule M^e
et du muscle cervical M^e
Kouba Khadifa qui présente
une ankylose de la tête cervicale +
absence de la rotation de l'abdo
de l'épaule M^e

Docteur

DOCTEUR AZIZ ADDAMAN
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDIQUE
VASCULAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAGUI

مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
ZIRAGUI

 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 مراجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA أصدر ب : Le : 26/04/2023 بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة المؤمن إليه
N° d'immatriculation 165014319 رقم التسجيل Règlements de la période du : 26/04/2023 من au : 26/04/2023 إلى		Destinataire KOUIRI KHADIJA	

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 المصروف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
KOUIRI KHADIJA											
118601359	06/04/2023	AMK	TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE	1700,00	50,00	1,00	10,00	500,00	77,00	26/04/2023	385,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 له
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Zineb MANNANI

Kinésithérapeute -Physiothérapeute

Master Universitaire spécialisé en Réhabilitation des maladies chroniques

Diplômée de l'Université de Montpellier I

Kinésithérapie Respiratoire (Enfants - Adultes)

Kinésithérapie de la Grossesse et du post-partum



INPE : 065049504

مناني زينب

مروضة طبية و معالجة فيزيائية

ماجستير جامعي تخصص ترويض الامراض المزمنة

خريجة جامعة مونبلييه

ترويض امراض الجهاز التنفسي - الاطفال - الكبار

ترويض المرأة الحامل و المسالك البولية

Facture N° : 05/ 2023

Le : 13/04/2023 à Casablanca

Patient : Mme Kouiri Khadija

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Total
Arthrose du rachis cervical + Atteinte de la coiffe des rotateur de l'épaule droite	10 (séances)	170,00 dhs	1700,00 dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : # 1800 DIRHAMS #

Paiement en espèces

PHYSIOSPACE SARL AU
Rue Ibnou Assakir, RDC Magasin Premium C5
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20
ICE : 003165577000001

ZINEB MANNANI
Kinésithérapeute-physiothérapeute
Signature physiospace
Centre physiospace
Rue Ibnou Assakir, RDC magasin
Premium C5, Maârif - Casablanca

Rue Ibnou Assakir, Rés. Le Premium 9, RDC magasin
Premium C5, Chantimar II Quartier les Princesses, Maârif
Casablanca - ICE : 003165577000001

Patente : 35805663. RC : 561511. IF : 53252706
Tél : 05 22 36 59 44 / 06 67 26 24 20