

## 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  
M23-0017602

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ANOUAR Mohamed  
Date de naissance : 16-08-56 17/1935  
Adresse :  
Tél : 06 64 49 50 32 Total des frais engagés : 1500 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 : 1

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 : 15 / 08 / 2023 Le : 15 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-017602

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### 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



### 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

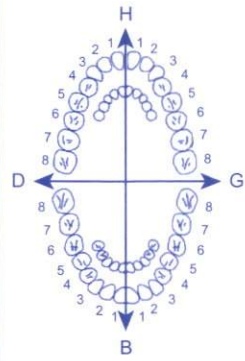
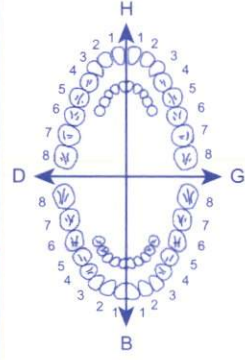
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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-around;"> <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

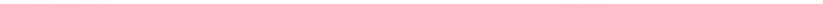
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

#### VOLET ADHERENT

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



\_\_\_\_\_





وصف العمليات الطبية

Description des actes effectués

Code des actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
15	1300	

INPE et code à Barres

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين

نوقيع وطابع المساعد الطبي

Signature et Cachet du Paramédical

Code des actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
15	1300	

Mlle. Hanane MAOUD  
Kinésithérapeute

Classification Internationale des Maladies - dixième révision

وصف العمليات الطبية

Description des actes effectués

Code des actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical

INPE et code à Barres

صفقات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ	القيمة المفوترة	الخطبة
Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacie

INPE et code à Barres

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

طبيعة الخدمة	القيمة المفوترة	الكمية
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité





Kinésithérapie - Amincissement

Cava le 02/06/23.

N<sup>me</sup> BELBEKRI Tourna.

La brochure des séances de la  
correction

- |            |            |
|------------|------------|
| - 02/05/23 | - 22/05/23 |
| - 04/05/23 | - 24/05/23 |
| - 05/05/23 | - 26/05/23 |
| - 08/05/23 | - 28/05/23 |
| - 10/05/23 | - 31/05/23 |
| - 12/05/23 | - 02/06/23 |
| - 15/05/23 |            |
| - 17/05/23 |            |
| - 18/05/23 |            |

Centre MAOUIZI de Rééducation  
Fonctionnel et Physique en France  
22 Bd. Omar Alkayam, Imm. B (Rue Wouroud)  
2ème étage - Casablanca  
Tél : 05 22 94 24 97

Mlle. Hanane MAOUIZI  
Kinésithérapeute



Loa le 02/06/23

M<sup>me</sup> BELBERI Touza.

Facture :

Une séance de rééducation du  
dos cervical par une cervicothérapie  
de 120 min.

15 séances x 120 min = 1800 min

Centre M...  
Fonction...  
22, Bd O...  
Zone 06  
Casablanca

Mlle. Hanane MAOUZI  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute



# Rhumatologue

Spécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire  
Mésothérapie

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

## الدكتورة بنيهيا الوردة

اختصاصية في أمراض المفاصل  
والعظام و العمود الفقري

القصور العضلي للمفاصل

التهرب والتهرب

استشارة طباعة طباعة الطب و الصيدلة

والدار البيضاء

Casablanca, le : 28/6/23

الدار البيضاء في

### Ordonnance de rééducation

Nom, Prénom

Lebelou Touna

Diagnostic

Cervicartrose

Faire 3 séances par semaine de rééducation du rachis cervical :

- Physiothérapie
- Massages myorelaxants
- Mobilisations passives et actives
- Renforcement musculaire en statique
- Reprogrammation oculo-cervicale et cervico-scapulaire
- Entretien musculaire et hygiène de vie

Nombre de séances

15 séances

Pr. E. BENYAHYA

Mme. Hanane MAOUBI



الضمان الإجتماعي  
C N S S

# Relevé périodique des prestations AMO

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Ref. : 610-2-06 - مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA  
Le : 20/06/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 175684128

رقم التسجيل

Destinataire

BELBEKRI TOURIA

المرسل إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 20/06/2023 : من  
au : 20/06/2023 : إلى

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 استفيدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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
BELBEKRI TOURIA											
67344902	28/04/2023	AMK	RHUMATOLOGIE	1800,00	50,00	1,00	15,00	750,00	70,00	20/06/2023	525,00
Total remboursé			مجموع مبلغ التعويض								525,00
Total général remboursé			مبلغ التعويض الاجمالي								525,00

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان