

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

M23-0017602

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANOUAR MED

Date de naissance :

16-08-56

Adresse :

Tél. : 06 64 49 50 32

Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

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 : Casablanca

Le : 15/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

Section 1: Instructions générales

Établir 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, ...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier accès, sauf s'il y a traitement médical continu. Ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les trente (30) jours qui suivent la fin du traitement.

Le versement des frais engagés sera à la base de la tarification nationale de

caissons ne peuvent donner lieu au versement d'accord préalable.

Les accidents du travail et les ne sont pas couverts.

Il est de fraude ou de fausse nair des prestations qui ne sible des sanctions légales

Versement prise par la il respect des conditions il précède.

Section 2: Instructions pour la remise de la feuille de soins

La remise de la feuille de soins doit être faite dans un délai de 24 heures à l'assureur ou à l'organisme de sécurité sociale.

La remise de la feuille de soins doit être faite dans un délai de 24 heures à l'assureur ou à l'organisme de sécurité sociale.

La remise de la feuille de soins doit être faite dans un délai de 24 heures à l'assureur ou à l'organisme de sécurité sociale.

Section 3: Conditions d'assurance

Si l'assuré a été soigné par un praticien dans les deux mois qui suivent le premier accès, il doit être traité dans les deux mois qui suivent le premier accès.

Si l'assuré a été soigné par un praticien dans les deux mois qui suivent le premier accès, il doit être traité dans les deux mois qui suivent le premier accès.

Si l'assuré a été soigné par un praticien dans les deux mois qui suivent le premier accès, il doit être traité dans les deux mois qui suivent le premier accès.

Section 4: Conditions d'assurance

Si l'assuré a été soigné par un praticien dans les deux mois qui suivent le premier accès, il doit être traité dans les deux mois qui suivent le premier accès.

Section 5: Conditions d'assurance

Si l'assuré a été soigné par un praticien dans les deux mois qui suivent le premier accès, il doit être traité dans les deux mois qui suivent le premier accès.

Section 6: Conditions d'assurance

Si l'assuré a été soigné par un praticien dans les deux mois qui suivent le premier accès, il doit être traité dans les deux mois qui suivent le premier accès.

Signature et date de l'Agence

 Section 7: Formulaire de demande de soins Feuille de Soins Maladie	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
N° Dossier Partie réservée à l'assuré	
Nom et prénom <i>SELBET K. TOURE</i> N° Immatriculation <i>175684128</i> N° CIN <i>18441491</i> Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré * <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	
Adresse <i>99 Rue des roses, Rue ERICK REBEL</i> Montant des frais <i>150000 Dhs</i>	
Nombre de pièces jointes <i>1</i>	
Déclaration du médecin traitant	
Bénéficiaire de soins <i>Selbete K. TOURE</i> Nom et prénom <i>Selbete K. TOURE</i> Date de naissance <i>1951-01-01</i> N° CIN <i>18441491</i> Sexe <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى INPE et code à barres <i>INPE-175684128</i>	
Medecin traitant طبيب المعالج	
Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشارة <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. <input type="checkbox"/> شهادة كل ما ذكر أعلاه Fait à <i>175684128</i> في <i>175684128</i> Le <i>175684128</i> Signature de l'assuré <i>Signature de l'assuré</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. <input type="checkbox"/> Fait à <i>175684128</i> Le <i>175684128</i> Signature de l'assuré <i>Signature de l'assuré</i>	
Section 8: Cachet et signature du médecin traitant Cachet et Signature du Médecin traitant INPE-175684128 Centre de Santé et de Soins de Pointe à Pointe Centre de Santé et de Soins de Pointe à Pointe	

• Cocher la mention utile pour chaque case

• Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins) ainsi que le nom et prénom du praticien.

Section 9: Informations pratiques

Numéro du dossier: 175684128 - Date: 17/01/2023 - Lieu: Dakar - Centre de Santé et de Soins de Pointe à Pointe - Caserne BP 2198 Casse Gare Théâtre - Tél: 080 293 3333

Description des actes effectués				Signature et cachet du paramédical
Code des actes	Code de classification NGAP	Nbre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
AS 300	15	1500	15	Mme. Hanane MAOUR Kinésithérapeute Physiothérapeute
TES				
BB				

Acte de pharmacie	Pharmacopée et tonique	الطب	Signature et Cachet de Pharmacien									
Code pour acte	Code pour acte	Code pour acte	Signature et Cachet de Pharmacien									
INPE et code à Barres	INPE et code à Barres	INPE et code à Barres	INPE et code à Barres									
<p style="text-align: center;">بيانات التي تم تنقيتها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</th> <th>الشمن المفوتر Prix facturé</th> <th>بطانع الصيدلي او معن التجهيزات الطبية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INPE et code à Barres</td> <td>INPE et code à Barres</td> <td>Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux</td> </tr> <tr> <td>INPE et code à Barres</td> <td>INPE et code à Barres</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	بطانع الصيدلي او معن التجهيزات الطبية	INPE et code à Barres	INPE et code à Barres	Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux	INPE et code à Barres	INPE et code à Barres	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	بطانع الصيدلي او معن التجهيزات الطبية										
INPE et code à Barres	INPE et code à Barres	Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs médicaux										
INPE et code à Barres	INPE et code à Barres											

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire		
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité



Caré le 02/06/23.

N^ome BELBEKRI Touba.

La thérapie des séances de la
ostéopathie

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

Centre MAOUIZI de Réhabilitation
Fonctionnelle et Sportive en France
22 Bd. Omar Al Khayam
2ème étage
Casablanca
Tél : 05 22 94 24 97

Mme. Hanan MAOUIZI
Kinésithérapeute
Signature

Conseil 02/06/23

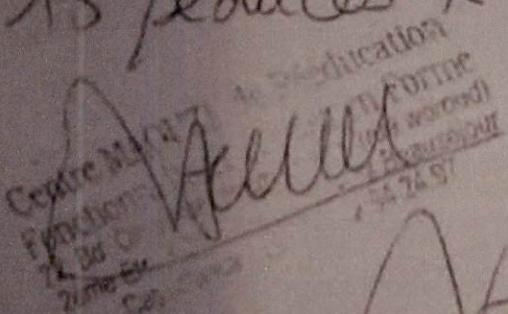
Mme BELBERI Tousia.

Facture :

Une séance de rééducation au
cervix cervical pour une cervicopathie
de 120 Dt

15 séances x 120 Dt = 1800

266



Mme. 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

Casablanca, le :

28/12/03

الدكتورة بسميجي الوردة

الدكتورة بسميجي الوردة
الدكتورة بسميجي الوردة
الدكتورة بسميجي الوردة
الدكتورة بسميجي الوردة
الدكتورة بسميجي الوردة
الدكتورة بسميجي الوردة

الدكتورة بسميجي الوردة

Ordonnance de rééducation

Nom, Prénom

Diagnostic

Lebelou TOUNE
CERVICALE

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

Pr. Hanane MAOURI

Relevé périodique des prestations AMO

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06

مفع رقم : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA
Le : 20/06/2023أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation

175684128

رقم التسجيل

Règlements de la période

du : 20/06/2023

أداءات الفترة

au : 20/06/2023

من

إلى

Destinataire

المرسل إليه

BELBEKRI TOURIA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	الصيغة	مهنـوـ اصـحة	مبلغ المصروفـ	التعريفـة المرجـعـة	المعـامل	الكمـة	لسـنـ التعـرض	نـسـةـ التعـرض	تـارـيـخـ إـرـسـلـ الـإـرـاءـ	مـنـعـ التعـرض
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