

# 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

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5242 Société : Veuve Baghous  
 Actif  Pensionné(e)  Autre: Boulhout Soulef Veuve Baghous  
 Nom & Prénom : Boulhout Soulef Veuve Baghous  
 Date de naissance : 16/7/1995  
 Adresse : 64 lot 1 Madama saidi maaal  
 Cexa  
 Tél. : 06 41 73 41 76 Total des frais engagés : 15000dhs 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.

Le : 7/9/2023 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

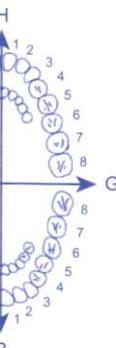
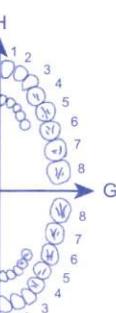
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 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 ROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

Instructions à suivre

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 le 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 CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya 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 CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع التعاودية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض الهناء غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحاطة الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مراجع رقم Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) (خاص بالمؤمن له/لها)

الإسم العائلي والشخصي : Bourhounk Saïda épouse Baghcha

رقم الإنخراط : 2181031618

رقم التسجيل : 2157711615

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 813410018

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

العنوان : 64 lot Assolane Sidi maaoui

مبلغ المصاري : 1500 درهم Dhs

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Bourhounk Saïda

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\*:

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإرثياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس\* : ذكر  أنثى

تغريف الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

Maladie\*  مرض \* Pli confidentiel remis\*  Oui  Non تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maternité\*  أمومة\* Date de grossesse :

Hospitalisation\*  استشفاء\* Date d'hospitalisation :

Accident\*  حادث\* Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحح كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : 10/08/2013 حرر بـ : ترخيص المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 17/09/2013 حرر بـ : ترخيص المؤمن له (لها)

Cachet et Signature de l'assuré(e) et de l'organisme de remboursement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

#### Description des actes effectués

## صف العمليات المجرأة

CIM-10

## حدد الوصفات التي تم تنفيذها والتحميمات الطبية الممونة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشیء المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسون التجهیزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP :	
	INP :	
	INP :	

CIM -10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات : الإحياء، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

**Accusé de Réception**

MME BOUHAIK SAIDA  
NO 64 LOT ESSALAMA HAY  
FLOURIDA S  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

N° de Dossier : 82456558 Date et heure : 11/08/2023 11:36

Nom et prénom Assuré : BOUHAIK SAIDA

Immatriculation : 95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAIK SAIDA / 01

Type de dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception : CASA SIEGE 90140

Valeur en Dirhams : 1 500,00 Nombre de pièces : 3

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE161

Nom Etablissement :



## **IMANE-THERAPIE** kinésitherapie

## ***Kinésithérapeute Imane El Mokrie El Idrissi***

CASABLANCA le 07/08/23

FACTURE N°:2023143

NOM: Bouhaik

PRENOM: Saïd

DIAGNOSTIC: Dorsalgie + Lumbalgie

NOMBRE DE SEANCES: 10 *Nancy*

PRIX DE LA SEANCE: 150 DHS

COTATION: AMMg

PRIX DES SEANCES : 1500 DH

Arréter le présent facture à la somme de 1500 Dhs

~~EL MOKRI EL IDRISI IMANE  
KINÉS - PATENTE  
Kilo Iofia Entrée 10 i Im. 3 Appt. 1 - Casablanca  
Tél. : 0522 65 58 07 / 06 22 64 53 31  
Rc : 3295-09 - Patente : 36091781  
ICE : 03157065110038~~

**IMANE-THERAPIE - RIAD SOFIA GROUP 3 IMM 1 ENTRÉE 1 APT 1 RDC LISSASFA HAY HASSANI CASABLANCA  
CAPITAL DE: 100000.00DHS -RC: 329309 -IF: 15255924 ICE: 001670995000066 TP: 36091781 Cnss: 4515899  
Tél: 0522-655-807 GSM: 0622-645-331 E-mail: imaneelmokrielidrissi@gmail.com**

RC: 329309 - Patente: 3689484  
 Tel: 0522 65 07 / 06 22 65 31  
 Rua Sofia Henrique, 1000 - Centro  
 19 - 3500-160 - Lisboa - Portugal  
 KINESIOTHERAPIA  
 EL MOKRILE AL IDRISI MANE  
 18  
 17 / a h  
 16 / a h  
 15 / a h  
 14 / a h  
 13 / a h  
 12 / a h  
 11 / a h  
 10 07/08 a 10 h 00  
 9 06/08 a 10 h 00  
 8 02/08 a 10 h 00  
 7 31/07 a 10 h 00  
 6 28/07 a 10 h 00  
 5 26/07 a 10 h 00  
 4 24/07 a 10 h 00  
 3 22/07 a 10 h 00  
 2 20/07 a 10 h 00  
 1 18/07 a 10 h 00

Jour Date Heure

18/07/2023

1.  **Marta** 18/07 a 10 h 00  
 2.  **Fernanda** 20/07 a 10 h 00  
 3.  **Sandra** 22/07 a 10 h 00  
 4.  **Linda** 24/07 a 10 h 00  
 5.  **Marcos** 26/07 a 10 h 00  
 6.  **Vanessa** 28/07 a 10 h 00  
 7.  **Linda** 31/07 a 10 h 00  
 8.  **Wendy** 02/08 a 10 h 00  
 9.  **Vanessa** 04/08 a 10 h 00  
 10.  **Linda** 07/08 a 10 h 00  
 11.  **Linda** / a h  
 12.  **Linda** / a h

Jour Date Heure



## ***Cabinet de Rhumatologie***

### ***Dr Boutayna EL AZIFI***

**Casablanca le: 17/07/2023**

**Patient: Mme BOUHAIK SAIDA**

**Dorsalgie + lombo-sciatique bilatérale**

- Physiothérapie antalgique (ultrasons, électrothérapie)**
- Massage profond décontracturant des muscles para vertébraux**
- Renforcement musculaire des paravertébraux avec mouvement d'assouplissement.**

**10 séances (2 fois par semaine)**

EL MOKRIE EL IDRISI IMANE  
KINÉSITHÉRAPEUTE  
Riad Sofia Entrée N° 1000 - Appr. 1 Casablanca  
Tél: 0522655577 / 0622645331  
RC: 329509 - Parante: 36091781  
ICE: 001670995000066

Dr. Boutayna EL AZIFI  
RHEUMATOLOGUE  
Sidi Maârouf  
Tél: 0522681966/0622645331