

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0053805

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bouhaik Saïda
Date de naissance : 16/07/1955
Adresse : 64 lot Ansalama n°1 maroef
Rue 28
Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 1500 dh 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) :

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

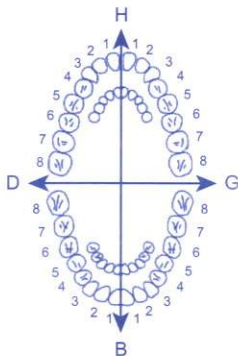
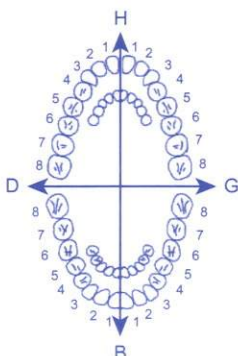
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، 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
المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسله.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف
الوطنية المرجعية

الاحطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض
الهنة غير قابلة للتعويض.

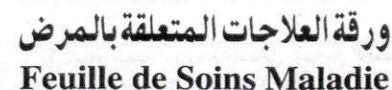
كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

Date de dépôt du dossier :

تاریخ الایداء:



التأمين الإلزامي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Dossier :

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

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 1341018

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Montant des frais : درهم 1500 Dhs مبلغ المصاريف : 1500

عدد الوثائق المرفقة: **Nombre de pièces jointes :**

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom : Bouhaik Jaidi الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : التاريخ الازدياد :

N° CIN :

--	--	--	--	--	--

 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس*: M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant: **تعرّف الطبيب المعالج**

N° INP 1091766936 الرقم الوطني للاستدلال للممارس

Type de soins

Maladie*	<input type="checkbox"/>	مرض*	Pli confidentiel remis*	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الظف المغلقة*:
----------	--------------------------	------	-------------------------	---	------------------------------	-------------------------

Maternité* ☐ أمومة* | Date de grossesse : تاريخ الحمل:

Date prévue d'accouchement : | | | | | | | | | | التاريخ المرقب للولادة :

Hospitalisation* <input type="checkbox"/> *استشفاء	Date d'hospitalisation :	تاريخ الاستشفاء :
--	--------------------------	-------------------

	Date d'accident :		:
--	-------------------	--	---

Accident* ☐ *حادث Causes :

أشهد بصحح كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : : حرر بـ

le

--	--	--	--	--	--	--	--

 في:

Signature de l'assuré(e)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casa le : 27/07/2019

le 7/10/2023

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة

CIM-10			
--------	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [][][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][][]	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

[illegible]

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
07/08/23	10 Déplacement	APM 419		1500 DH	<p>EL MORISSE EL IDRISSI IMANE KINÉSITHÉRAPEUTE Entrée N° 1 Ann. 3 Appt. 1 - Casablanca Tél.: 0522 65 56 07 / 06 22 64 53 31 Fax.: 2295 09 Patente : 36091781</p>
INP : INPE : 065037970					
INP :					
INP :					

MME BOUHAÏK SAÏDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA S
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :	82456558	Date et heure :	11/08/2023 11:36
Nom et prénom Assuré :	BOUHAÏK SAÏDA		
Immatriculation :	95771405 / 090238844		
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	BOUHAÏK SAÏDA		/ 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 :			

	Jour	Date	Heure	2023
1	Mardi	18/07	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Jeudi	20/07	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Samedi	22/07	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Lundi	24/07	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Mercredi	26/07	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Vendredi	28/07	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Lundi	31/07	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Mercredi	02/08	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Vendredi	04/08	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Lundi	07/08	à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
11		/	à h	<input type="checkbox"/>
12		/	à h	<input type="checkbox"/>

	Jour	Date	Heure	
13 /	à h	<input type="checkbox"/>
14 /	à h	<input type="checkbox"/>
15 /	à h	<input type="checkbox"/>
16 /	à h	<input type="checkbox"/>
17 /	à h	<input type="checkbox"/>
18 /	à h	<input type="checkbox"/>
19 /	à h	<input type="checkbox"/>
20 /	à h	<input type="checkbox"/>

EL MOKRIE EL IDRISSI MANE
KINÉSITHÉRAPEUTE
Riad Sofia Entree N° 1 / 100m 30 Apt 1 / 100m 30
Tel : 0522 6578 07 / 06 22 657 807
hablanca 31

EL MOKRIE FL IDRISSI MANE
KINESI THERAPEUTE
Riau Sofia Entree N / 17 / 18 / 19 / 20 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 26 / 27 / 28 / 29 / 30 / 31
Tél : 0522 65 98 07 / 06 22 65 31
Rc : 329309 - Patente : 3809 78
ICE : 001570995000000

Kinésithérapeute Imane El Mokrie El Idrissi

CASABLANCA le 07/08/23

FACTURE N°:2023143

NOM: Bouhaik

PRENOM: Saida

DIAGNOSTIC: Dorsalgie + Lombalgie

NOMBRE DE SEANCES: 10 séances

PRIX DE LA SEANCE: 150 DH

COTATION: AMMG

PRIX DES SEANCES: 1500 DH

Arrêter le présent facture à la somme de 1500 DH

EL MOKRIE EL IDRISSE IMANE
KINÉSITHÉRAPEUTE
Signature
Rue Sofia Entrée N° 1 Immeuble 3 Apt. 1 - Casablanca
Tél.: 0522 655 58 07 / 06 22 64 53 31
Rc: 329309 - Patente: 36091781
ICE: 001670995000066

