

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

- Reclamation : 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.

M22- 0053805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

ND
BAGHOU
M22-0053805

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société : *Neuf Baghous*

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : *Boulhâik Sâda*

Date de naissance : 16/07/1955

Adresse : *64 lot Al Salama n°13 maroc
Rue 28*

Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 1500 dhs 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 : 15 MAR. 2024

Signature de l'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
		AM	PC	IM	IV	

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

• 2000-2001, 1992-1993, 1993-1994, 1994-1995

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 التعاوضية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات 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 واتاحتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الأحتياط 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 تعريض البالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنة غير قابلة للتعريض.

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

حق التعريض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الأحتياط 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) (لها) خاص بالمؤمن له

الإسم العائلي والشخصي: Bouraïk Saida
رقم الإنخراط: 18103145
رقم التسجيل: 1917411405

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B1341018
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان: 61 lot Assolama Sidi maoel

مبلغ المصروف: 1500 درهم Dhs

عدد الوثائق المرفقة: 1

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات: Bouraïk Saida
الإسم العائلي والشخصي:

تاريخ الإزدياد: 1917411405
رقم بطاقة التعريف الوطنية:

الجنس: ذكر أنثى

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة: 15911766935

نوع العلاجات: فحص طبي

تم تقديم الظرف المغلق*: Oui Non

تاريخ الحمل: 1917411405

التاريخ المرتقب للولادة: 1917411405

تاريخ الإستشفاء: 1917411405

تاريخ الحادث: 1917411405

أسباب الحادث: 1917411405

أشهد بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

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

Fait à : 1917411405
حرر في: 1917411405

في: 1917411405
توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à: 1917411405
حرر في: 1917411405

في: 1917411405
توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature de l'organisme de protection sociale

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

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

أشطب الخانة

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفترض Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP :	
	INP :	
	INP :	

CIM -10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INP:

Actes Paramédicaux

**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 :

2023

Jour	Date	Heure	
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	
12	/	à h	

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	EL MOKRIE EL IDRISSI MANE KINESITHERAPEUTE		<input type="checkbox"/>
19	Riad Sofia Fakir N° 1000 34000 Tél : 0522 65 88 07 / 06 22 64 31	à 10 h 00 à 10 h 00	<input type="checkbox"/>
20	RC : 329309 - Patente : 3609 h 84 ICE : 001579995000006		<input type="checkbox"/>



IMANE-THERAPIE
kinésithérapie.

Kinésithérapeute Imane El Mokrie El Idrissi

CASABLANCA le 07/08/23

FACTURE N°:2023143

NOM: Bouhark

PRENOM: Saïda

DIAGNOSTIC: Dorsalgie + Lombalgie

NOMBRE DE SEANCES: 10 séances

PRIX DE LA SEANCE: 150 Dhs

COTATION: AMMg

PRIX DES SEANCES: 1500 Dhs

Arréter le présent facture à la somme de 1500 Dhs

EL MOKRIE EL IDRISI IMANE
KINESITHERAPEUTE
Riad Sofia Entrée N° 1 Imm. 3 App. 1 - Casablanca
Tél: 0522 65 58 07 / 06 22 64 53 31
Rc: 329309 - Patente: 36091781
ICE: 001670995000066



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.**

EL MOKRIE EL IDRISI IMANE
KINÉSITHÉRAPEUTE
Riad Sofia Entrée N° 1000/1001 Appart. 1 Casablanca
Tel: 0522 65 55 77 / 06 22 64 53 31
Rc: 3293 09 / parente: 36091781
ICE: 001670995000066

10 séances (2 fois par semaine)

*Dr Boutayna EL AZIFI
Rhumatologue
Sidi Maârouf
Tel: 66 22 68 19 66/06 22 64 53 31*