

## 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

N° W21-631992

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9383 Société : RAM 79286

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NOUSTAKI SATIRA

Date de naissance : 28.03.68

Adresse : la ...

Tél : 06 61 51 85 54 Total des frais engagés : 8400 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-631992

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

- 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.

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



Ce plug-in n'est pas compatible.

Accueil &gt; Application &gt; assure\_app



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

ENREGISTRE 2

REJET 1

PAYE

ACCORDE 1

1 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 4	-	15/06/2021	Virement	-	2 164,10	1 326,42	308,34	1 634,76
67876599	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	147,60	41,02	9,38	50,40
67877010	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	910,30	631,24	148,91	780,15
67876973	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	540,00	431,20	107,80	539,00
67876941	24/05/2021	Payé en : 22 jours		MEZIANI RAFIK	566,20	222,96	42,25	265,21
- 3	-	05/05/2021	Virement	-	2 312,10	1 409,00	350,00	1 759,00
67256705	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	500,00	264,00	66,00	330,00
67256653	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	512,10	105,00	24,00	129,00
67256599	15/04/2021	Payé en : 20 jours		MEZIANI RAFIK	1 300,00	1 040,00	260,00	1 300,00
- 2	-	31/03/2021	Virement	-	1 375,00	556,17	104,69	660,86
66447412	03/03/2021	Payé en : 28 jours		MEZIANI RAFIK	763,80	177,68	18,18	195,86
66447434	03/03/2021	Payé en : 28 jours		MEZIANI RAFIK	611,20	378,49	86,51	465,00
1	-	25/12/2020	Virement	-	2 400,00	800,00	100,00	900,00
1	-	03/11/2020	Virement	-	550,00	360,00	50,00	410,00
1	-	30/06/2020	Virement	-	532,90	160,60	14,28	174,88

MR RAFIK MEZIANI  
SECT 09 RES DAR EL MR DI  
NO3 APT 23 RUE ROMANE HA  
RIAD RABAT  
10000 RABAT RF

Accusé de Réception

11. *Journal of the American Medical Association*, 1991; 266: 1033-1038.

67256674

1. Je vous prie de rappeler pour toute correspondance ultérieure)

from the Princeton AS Site

MEZIANI RAFFA

### Financial Statement

93540174

090121115

Nom et Prénom Bénéficiaire

MEZYANI RAFTK

Dariusz Jurek

01

DOSSIERS SOUMIS AU CM

note et lettre

15/04/2021 14:47

$$\hat{f}_{j+1}(t) = \hat{f}_j(t) + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left( \frac{\partial}{\partial \theta} \log p_{\theta}(Y_i | X_i) \right) \hat{f}_j(t)$$

SALE 92601

Verfahren der Messung:

2400.00

9

QMGF 596

Public Publications

## Problem Statement



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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 les 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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a 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.

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 الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة، وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتمون إليها 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **MEZIANI RAFIK** : الاسم العائلي و الشخصي  
N° Affiliation : **179 223** : رقم الانخراط  
N° Immatriculation : **931540171** : رقم التسجيل  
N° CIN : **C214019** : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له  
Adresse : **3, Les Dar Mehdi, App<sup>t</sup> 23, Secteur 9, Rue Roummane, Hay Riad, Rabat** : العنوان  
Montant des frais (Dhs) : **24000** : مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : **6** : عدد الوثائق المرفقة

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **MEZIANI Rafik** : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **MEZIANI Rafik** : الاسم العائلي و الشخصي  
Date de naissance : **25/10/63** : تاريخ الأزدية  
N° CIN : **C214019** : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe : **M** : الجنس : ذكر

### Identification du patient

### تعريف الطبيب المعالج

N° IN° : **101163269** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس  
Type de soins : **أخصائية في أمراض العظام والمفاصل** : نوع العلاجات  
Maladie : **نقرس** : تم تقديم الظرف المغلق : \* **Oui** : تاريخ الحمل :  
Maternité : **أومة** : Date prévue d'accouchement :  
Hosp talisation : **استشفاء** : Date d'hospitalisation :  
Accident : **حادثة** : Date d'accident :  
Causes : **أسباب الحادث**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **Rabat** : حارب :  
le : **25/02/2021** : في :  
Signature de l'assuré (e) : **[Signature]** : توقيع المؤمن له (لها)  
INP : 101163269 - 05 37 74 71 84 : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle : **Section RABAT**  
T5 AVR. 2021  
MGEN  
Identification de l'agent :  
Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيدع

## الوصف العمليات المجراة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

جود الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين





**CENTRE DOUNIA NASSOHA**  
KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE  
التمرير والعضلات

TEMARA LE, 23/02/22

**DEVIS**

- NOM : Meziani
- PRENOM : Rafik
- NOM DU MEDECIN TRAITANT : D. B. El Hamdaoui
- DIAGNOSTIC : NCB droite
- NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : 20 séances
- MONTANT DES SEANCES PRESCRITES :  $20 \times 120 = 2400 \text{ Dh}$
- NOM DU KINESITHERAPEUTE : Mme DOUNIA NASSOHA

  
SIGNE

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

22/02/2021

2) Renseignement cliniques sommaires :

NCB suite commune

3) Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'Entente préalable (si possible, nombres des actes en série) :

Vingt séances de Rééducation  
fonctionnelle

4) Durée prévisible du traitement :

Dix semaines

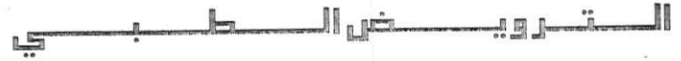
A Tenare Le 22/02/2021

Signature





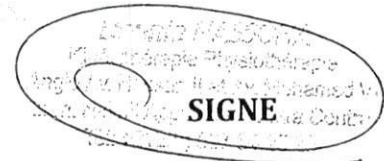
**CENTRE DOUNIA NASSOHA**  
**KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE**



TEMARA LE, 09/04/2021

FACTURE : N° 30/2021

- NOM DU PATIENT : Meziani
- PRENOM : Rafik
- NOM DU MEDECIN TRAITANT : D. B. EL Hamdani.
- DIAGNOSTIC : NCB droite
- NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : 20 séances
- NOMBRE DE SEANCES REALISEES : 20 séances
- DATE DES SOINS : 23/02/2021 au 09/04/2021
- MONTANT DES SEANCES :  $20 \times 120 = 2400$  Dhs
- ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : Deux mille quatre cent dirhams
- NOM DU KINESITHERAPEUTE : Mme DOUNIA NASSOHA







**CENTRE DOUNIA NASSOHA.**

**KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE**

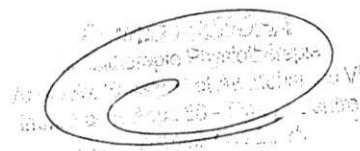
الترفيه الرياضي

TEMARA LE 09/04/2021

MEZIANI RAFIK

calendrier détaillé

DATE	NOMBRE DES SEANCES	MONTANT DES SEANCES
23/02/2021	1	120,00
25/02/2021	1	120,00
27/02/2021	1	120,00
01/03/2021	1	120,00
03/03/2021	1	120,00
05/03/2021	1	120,00
08/03/2021	1	120,00
10/03/2021	1	120,00
12/03/2021	1	120,00
15/03/2021	1	120,00
17/03/2021	1	120,00
19/03/2021	1	120,00
22/03/2021	1	120,00
24/03/2021	1	120,00
26/03/2021	1	120,00
29/03/2021	1	120,00
31/03/2021	1	120,00
02/04/2021	1	120,00
06/04/2021	1	120,00
09/04/2021	1	120,00
TOTAL		2400,00



Temara Centre Angle Av. Hassan II Et Av. Mohamed VI Immeuble Nakhil Apt. 6B  
Tél . : +212 (0) 537 64 25 25 - Fax : 212 (0) 537 61 03 04 - GSM : +212 (0) 662 37 38 13 - E-mail : douniakine@gmail.com  
IF : 40267590 - TP : 27937495 - RC : 95722 - CNSS : 4057677 - ICE : 000813431000006

**Dr. Btissam EL HAMDAOUI**

**RHUMATOLOGUE**

Echographie de L'appareil Locomoteur

Diplômée De La Faculté De Médecine

De Rabat

Ancienne Attachée À L'hôpital

El Ayachi - Salé



**RHUMATOLOGIE**

**د. ابتسام الحمداوي**

أخصائية أمراض الرثية (الروماتيزم)

أمراض العظام والمفاصل

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقا بمستشفى العياشي بسلا

Témara le :

22 FEB 2021

Meziani Rafik.

NCB droite commune.

fauc SVR de  
généralisation fœtale.

• IR + massage antalgique  
et de contractura

• u.s

• électro stimulation

• renforcement

spinaux Cervicaux +

trapezes.

ملحق بـ "المرکز"  
Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie, Imm "A", Appt 5 Témara • Centre  
Tél.: 0537 747 184 • E-mail : hamd003@yahoo.fr • GSM Pour RDV : 0662 896 968

ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269