

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-714552

Complex infonse

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9378		Société : RAM 118597	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Bzizri Rachid			
Date de naissance : 31.01.66			
Adresse :			
Tél. : 066/357688 Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age: _____	
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'attendeur conseil de la Mutuelle.	

ACCUEIL
DU 2022 Confidentiel

MUPRAS

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 09/06/2022

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

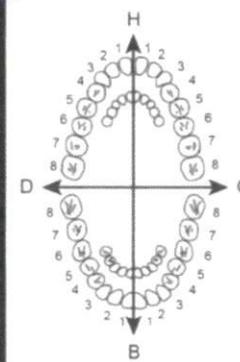
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

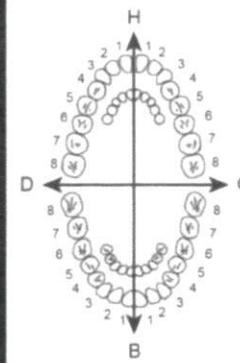
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



IMANE FILALI
Kinésithérapeute / Physiothérapeute

DATE DES SEANCE

MME: BOUDINAR AMAL

20/04/2022 04/05/2022 16/05/2022

22/04/2022 06/05/2022 18/05/2022

25/04/2022 09/05/2022 20/05/2022

27/04/2022 11/05/2022 23/05/2022

29/04/2022 13/05/2022 25/05/2022

FILALI Imane
Kinésithérapeute
Gérant Kinesoft
Bd Alqods Jmm/Collabirration
Etage 2 N° 5 - Casablanca



IMANE FILALI
Kinésithérapeute / Physiothérapeute

DATE: 29/04/2022

FACTURE

N° 43/2022

15 séance de rééducation tendinopathie du moyen fessier

Aux prix de 3300 DH (soit 220 DH / séance)

Adressé à Mme: BOUDINAR AMAL

Durant de la période : 20/04/2022 au 25/05/2022

Sur Ordonnance de DR : OUSEHAL SOUMAYA

FILALI Imane
Kinésithérapeute
Gérant Kinésoft
Bd Alqods 1mm Collabration
Etage 2 N° 5 - Casablanca

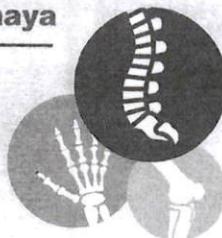
☎ +212 677 491 137 / +212 522 780 880 ⚡ kine.filali@gmail.com

📍 Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubaker el Khadiri et Bd. El Qods, Résidence Nada,
Appt N° 5 2^{ème} étage Sidi Maârouf - Casablanca

RC : 353561 - IF : 18787193 - Patente : 36191705 - CNSS : 494093 - ICE : 001590902000059

Rhumatologue

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses (ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض العظام والمقابل

- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض القصروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

Ordonnance

BOUDINAR AMAL
49 Ans

Le : 11/03/2022

tendinopathie du moyen fessier

merci de faire:

- physiothérapie antalgique:Cryothérapie, ultrasons
- Massage transversal profond
- Exercices de renforcement musculaire excentrique
- étirement des moyens fessier.

2 semaines / semaine

Signe :

15 semaines

Dr. OUSEHAL Soumaya
Rhumatologue
الدكتورة أسحل سمية
أخصائية في أمراض العظام والروماتيزم
Soufiane immeuble A appartement 11. 2ème étage
Bd Abou Bakr Kadiri. Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 05 22 78 00 62

Bd aboubakr kadiri, lot soufiane immeuble A, 2ème étage N°11, sidi maarouf, casablanca.

شارع أبو بكر القاديри، إقامة سفيان عمارنة، الطابق 2 رقم 11، سيدى معروف، الدار البيضاء

Telephone : 05 22 78 00 62 Whatsapp : 06 11 31 13 79 Email : dr.ousehal.soumaya@gmail.com

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	Actes de Biologie,
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	تاريخ العمليات Date des actes	C
11/03/22			CT	6	<p>Dr. OUSEHAL Soumaya Rhumatologue الدكتورة أusehal سمية أخصائية في أمراض المفاصل والعظام Soulane immeuble A appartement 14, 2ème étage Bd Abou Bakr Kadi, Sidi Maârouf - Casablanca Tél. : +212 33 00 62</p> 	INPE et code à Barres 159189583M3
INPE et code à Barres 159189583M3						INPE et code à Barres 159189583M3

CIM-10

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين	Description des e
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	يغ التنفيذ Date d'exécu	
06/03/22	15 Devis de réduction pour Tendosuspension de moyen pectoral en 33.00 soit (220.00 / 12)				<p>FILALI Imane Kinésthérapeute Géran Kinésot Bd Alqods Imm Goulette Etage 2 N° 5 - Casablanca</p> 	INPE et code à Barres 159189583M3	
INPE et code à Barres 159189583M3						INPE et code à Barres 159189583M3	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INPE et code à Barres 159189583M3	Prestations et se
	Nature de la pre

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. ANAM: 12.01.01

مرجع رقم 610-1-02

N° Dossier : -

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BoudnAR Amal الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1101318141515141 رقم التسجيل :

N° CIN : BE16137911101 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : Lotissement florida, Rue 87 villa 220 Marguerite العنوان :

Montant des frais : 3300 درهم مبلغ المصارييف :

Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BoudnAR Amal الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 11210521973 تاريخ الازدياد :

N° CIN : BE161379115 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

0819581343

1111111111111111

Médecin traitant الطبيب المعالج Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins نوع العلاجات*

Hospitalisation اشتئام Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Le : 11/03/2024 في : بـ : 11/03/2024 بـ : CASA

Le : 11/03/2024 في : بـ : 11/03/2024 توقيع طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Dr. OUSEHAL Souhayla Rhumatologue

الدكتور عسال سعيلا

أخصائي رياضي، أستاذ المسنون، المغاربة والرومان

Apartment 11, 2nd floor, 1st Avenue, Casablanca BP: 2186 Casa Gare Telephone: 060 203 3333

أخصائي رياضي، أستاذ المسنون، المغاربة والرومان

Bd Abou Bakr Kadihi, 1st Avenue, Casablanca BP: 2186 Casa Gare Telephone: 060 203 3333

CNSS_Place de DAKAR _ Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

- * Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

	RELEVE DES PRESTATIONS AMO			Directeur de l'Assurance Maladie Obligatoire	
	Référence structurée : 220516186447276		Emis à Casablanca le : 9		
	Identifiant de la famille : fi		BOUDINAR AMAL		
	N° d'immatriculation : 103845354 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement		HY CHRIFA RUE 1 N 89 APT 5 CASABLANCA 2058		
	Informations :				

Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
BOUDINAR AMAL			KINESITHERAPEUTE	3 300,00	50,00	1,00	15,00	750,00	70	525,00
Total remboursé pour AMAL										
Total général remboursé										

Sauf erreur ou omission