

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.

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

Complément éfense

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9378 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 18597

Nom & Prénom : BZOUJ RAOUF

Date de naissance : 31.01.66

Adresse :

Tél. : 0661357688 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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 : RAK

Le : 09/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

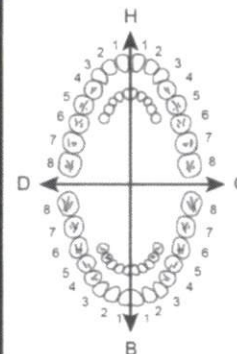
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

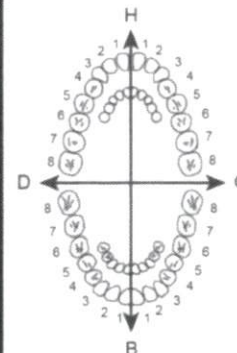
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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'EXECUTION

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 / mm / Collaboration
Etage 2 / N° 5 - Casablanca

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 Kinesoft
Bd Alqods / Im - Collaboration
Etage 2 N° 5 - Casablanca

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



- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- 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 séances / semaine

15 séances.

Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya
Rhumatologue

الدكتورة أسحل سمية
أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و الروماتيزم
Soufiane immeuble A appartement 11, 2eme 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 القادري، إقامة سفيان عمارة أ، الطابق 2 رقم 11، سيدي 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	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant		
11/03/22		CT	6	Dr. OUSEHAL Soumaya Rhumatologue أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم Souliane Immeuble A Appartement 1Y 2eme étage Bd Abou Bakr Kadri - Sidi Maaroul - Casablanca Tél: 33 31 00 62		
INPE et code à Barres 10919258134131						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
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	
04/04/2022	15	Devis de réduction pour Tendinopathie du moyen fessier sur place de 3300 sdr (2200 / 1200)			FILALI Imane Kinésithérapeute Gérant Kinesoft Bd Alqods Imm Collaboration Etage 2 N° 5 - Casablanca	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie	
تاريخ العمليات Date des actes	C
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
Description des	
يخ التنفيذ Date d'exécution	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
Prestations et se	
Nature de la pres	

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Ref. ANAM: 1.201.01</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02</p>	

N° Dossier : -

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Bouannar Amal : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 1101318141513141 : رقم التسجيل :
 N° CIN : BE1613791101 : 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 cratigeaux : العنوان :

Montant des frais : 3300,00 Dhs : مبلغ المصاريف :
 درهم

Nombre de pièces jointes : 2 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Bouannar Amal : الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : 11/12/1973 : تاريخ الميلاد :
 N° CIN : BE1613791101 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ☐ ذكر F ☐ أنثى : الجنس :

INPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

<p>Médecin traitant : <u>081958343</u> الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins : <u>1111111111111111</u> المؤسسة العلاجية</p>
---	--

Type de soins : نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ Maternité ☐ Accident ☐ Maladie ☐ مرض



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 Fait à : :
 Le : 10/12/2022 : في :
 ب :
 في : 11/12/2022

Le : 11/12/2022 : في :
 ب :
 في : 11/12/2022

Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Dr. OUSEHAL Soumaya
Rhumatologue
الدكتورة أوسهل سومايا
الروماتيزم

080 203 3333 - الهاتف : 2186 الدار البيضاء ص.ب. - الدار البيضاء الحظرة - الهاتف : 080 203 3333
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

	RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الاجتماعي CNSS	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 220516186447276		Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille :		BOUDINAR AMAL HY CHRIFA RUE 1 N 89 APT 5 CASABLANCA 2058	
	N° d'immatriculation : 103845354 Règlement du mois : 05/2022 Mode de paiement : Virement			
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										
076522223	20/04/2022	AMK	KINESITHERAPEUTE	3 300,00	50,00	1,00	15,00	750,00	70	525,00
Total remboursé pour AMAL										525,00
Total général remboursé										525,00

Sauf erreur ou omission