

# 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.

**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

N° M20- 0001363

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07082 Société : RAM 133222  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed  
Date de naissance : 12/04/1957  
Adresse : Résidence ALY MOUSOUR CASA  
Tél. : 0661526410 Total des frais engagés : 439.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Complément Epoque 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 : CASA Le : 13/10/2022

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

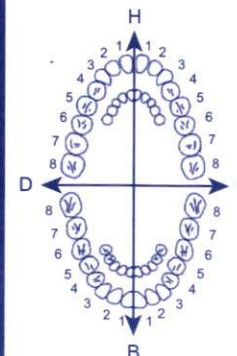
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

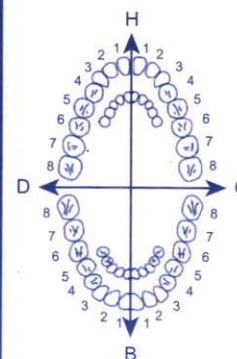
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



# 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 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.

## 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 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 التعاقدية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :



## 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 : DERKAOUI SOUAD الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 147785 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 932443642 رقم التسجيل :

N° CIN : C148871 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Conjoint زوج Enfant ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Adresse : Rue Cadi Bakkar Rés Al Mansour العنوان : Imm. B. Quartier Burger Casablanca

Montant des frais (Dhs) : #439,80# مبلغ المصاريف (درهم) :

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

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : DERKAOUI SOUAD الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 120960 تاريخ الميلاد :

N° CIN : C148871 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 081094927 الرقم الوطني للاستدلال للممارسين :

Type de soins نوع العلاجات

Maladie \* مرض \* Pli confidentiel remis\* : Oui Non تم تقديم الملف سرياً :

Maternité \* أمومة \* Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation \* استشفاء \* Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident \* حادث \* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

Signature de l'assuré (e) : توقيع المؤمن له (لها)

Signature du médecin traitant : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 22 07 2022

Signature de l'assuré (e)

Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : 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

### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

حدد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعونة

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>القيمة المدونة Prix facturé</p>	<p>توقيع ومطابيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>24/06/22</p>	<p>139,80</p>	<p>Pharmacie Mme EL MELIANI FASSI FILA 5 Rue Cadi Bakkar - MABA CASABLANCA Tél: 05.22.25.46.05</p>

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تواريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé - Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical





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)



DERKAOUI SOUAD

**Droit Ouvert**

12/09/1960 - C148871

📍 RUE GADI BAKKAR RES MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2 MAARIF CASABLANCA MAARIF ( 20100 )

🏠 PAIERIE PRINCIPALE DE REMUNERATIONS

☎ 021 780 000 005 800 105 383 254

Information

**PAYE**

📌 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
- 1	-	13/09/2022	Virement	-	439,80	217,86	27,37	245,23
75431145	22/07/2022	Payé en : 53 jours		DERKAOUI SOUAD	439,80	217,86	27,37	245,23



Flacon de 30 g

Poudre dermique

TEGUMA® 1%

Crème 30 g



8101011008119

3118.03.20  
27/2025

INDICATIONS ET POSOLOGIE:  
Lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.  
NE LAISSER NI À LA PORTÉE NI À LA VUE DES  
ENFANTS. A conserver à une température  
inférieure à 25°C.  
Frakidex est une marque déposée de  
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses  
filiales. © 2020 Bausch & Lomb  
Incorporated ou de ses filiales.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات الموصوفة

Liste I

NE PAS AVALER  
لا يبتلع

# فراكيديكس® FRAKIDEX

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine  
فوسفات ديكساميثازون صودي / سولفات فرايميسيتين

مرهم للعين / Pommade ophtalmique

BAUSCH + LOMB

COMPOSITION:  
Phosphate sodique de dexaméthasone 0,1 g.  
Sulfate de framycétine 315 000 UI.  
Excipients: vaseline, paraffine liquide q.s.p. 100 g  
التركيب: هسفات صودي ديكساميثاسون 0,1 غ  
سلفات فرايميسيتين 315 000 وحدة دولية  
سواغلت: هازلين، بارافين سائل ك ك 100 غ

AMM France n° /  
رخصة فرنسا رقم 326 452 13  
CLV Algérie n° /  
مقرر تسجيل الجزائر رقم  
096/17D125/01  
AMM Tunisie n° /  
رخصة تونس رقم 5283073



DÉTENTEUR DE LA D.E. / DE L'AMM:  
صاحب مقرر التسجيل، حامل الرخصة:  
LABORATOIRE CHAUVIN  
16, rue Samuel Morse - CS 99535  
4961 Montpellier Cedex 2, France  
om et adresse du fabricant / conditionneur:  
اسم و عنوان المصنع / المعيم  
r. Gerhard Mann  
hem.-pharm. Fabrik GmbH  
rungsbütteler Damm 165/173  
13581 Berlin, Allemagne

Date de fab 12.2021  
Date Exp 11.2023  
Lot 601

Spécialiste des Maladies de la Peau  
et du Cuir Chevelu

طَبُّ التَّجْمِيلِ

Casablanca le: 26 6 22

7. DGR KAS Soud

2080

- find index page

So 12 (87)  
245 2 (70)  
et avec  
page

CHARME  
 me EL MELANI FASSI FIERO  
 Rue Cadi Bakkar - Maari  
 CASABLANCA  
 22-25 46.85

700

1 - Tegana Ceres, 812' (4 km)

CASABLANCA  
Rue Cadi Bakkar - N. 148  
T. 148 148 148 148

to the fact  
better sleep

49.00

~~Doco is a true steel (2-)~~

45, Rue de l'Atlas - Maarif - Casablanca - Code Postale: 20330 - Tél.: 0522 23 45 75/23 08 74 - Mobile : 06 67 77 73 77  
45. زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء - رمز البريد : 20330 - الهاتف : 0522 23 45 75/23 08 74 : 06 67 77 73 77 : الموبايل

E-mail : locatellicolette@yahoo.fr