

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 07082

Société : RAM 133222

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHOITA Ahmed

Date de naissance :

12/04/1957

Adresse : Rue de la Jeunesse Al Youssouf CASA

Tél. : 0661526410 Total des frais engagés : 439,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CONTELLAIS EPOUSE Age: 65

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) :



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

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

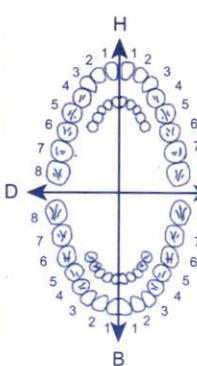
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة الملاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تتبعون إليها في غرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

تعليمات يجب اتباعها



N° Bordereau :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

DERKAOUI SOUAD

147785

932 443642

C148871

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Rue Cadi Bakkar Rés. Al Mansour
Imm. B. Anar'her Burger Casablanca

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

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : DERKAOUI SOUAD

120960

C148871

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

جنسية :

الرق الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات :

تم تقديم التقرير المالي :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 22 JUIL. 2022

le : 22 JUIL. 2022

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'assuré (e)

توقيع و طابع التغاضب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

أضف الخاتمة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

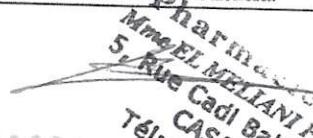
description des actes effectués

وصف العملات المحرّاة

حد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

الوصفات التي تم تقييدها و التجهيزات الطبية المحوسبة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المليء Date d'exécution	المبلغ المليء Prix facture	توقيع و ملابس الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
24/06/22	1.398,-	 Mme EL MELLANI FASSI FLO 5 - RUE Cadi Bakar - Maârif CASABLANCA Tél: 05.22.25.46.85
	INPE: 09205068	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

علميات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات



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 Mutualées 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

MYCOPERM® 1%
Flacon de 30 g
Poudre dermatologique



TEGUMA® 1%
Crème 30 g
87101011008119



FRAKIDEX®
Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine
فوسفات ديكساميثازون صودي/ سولفات فراميسين
مرهم للعين / Pomade ophthalmique 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
التركيبية: ضفتات صودي ديكساميثازون 0,1 g
ملفات فراميسين 315 000 وحدة دولية
سوائل: فيازين، بارافين سائل كـ 100 g

AMM France n° / 326 452 13
رخصة فرنسا رقم
CLV Algérie n°/
مقرر تسجيل الجزائر رقم
096/17D125/01
AMM Tunisie n°/
رخصة تونس رقم 5283073
Tube de 5 g /



DÉTENTEUR DE LA D.E / DE L'AMM:
صاحب مقرر التسجيل، حامل الرخصة:
ABORATOIRE CHAUVIN
16, rue Samuel Morse - CS 99535
4961 Montpellier Cedex 2, France
96 zone industrielle Tassilia Imzague, P.P.V. / 20 80 48
Distribué par: ZENTPHARMA,
FRAKIDEX Pom. Ophtha. 5 g
r. Gerhard Mann
hem.-pharm. Fabrik GmbH
runsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

Date de 12.2021
fab 11.2023
Date Exp 11.2023
Lot 601

Docteur LOCATELLI Colette

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

Dermatologie - Vénérologie Médecine Esthétique

خريجة الطب ببيزنطون - فرنسا

Diplomée de la Faculté de Médecine
De BESANCON

إختصاصية في أمراض الجلد

و الشعر والأمراض التنازلية

Spécialiste des Maladies de la Peau et du Cuir Chevelu

طب التجميل

Casablanca le: 24 6 21

7. DER KASSEL (SUND)

- fidelax ple

So 12 (81)
235 see 2 (82)
et auct
peye

700

- Tegens Ceesel

812 (43m)

Et ce fut
celle que

~~Dodo, Native elite steel (R-)~~

5, 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 - المحمول : 06 67 77 73 77

E-mail : locatellicolette@yahoo.fr