

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

- 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.

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

M22- 0018540

203800

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07027 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed
Date de naissance : 12/04/1957
Adresse : Résidence AC Mansour CASA
Tél. : 0661526440 Total des frais engagés : 1800 Dhs

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 30/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

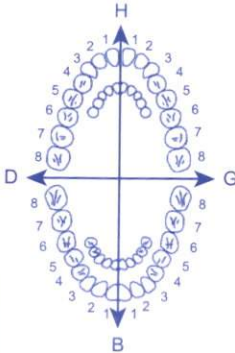
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

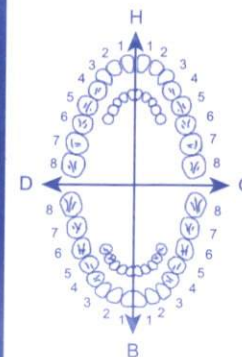
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

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	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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.

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 وأذنتها 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 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.

توقيع وطابع التعاقدية	Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent :	Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :	Date de dépôt du dossier :



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)

الاسم العائلي والشخصي : **DERKAOUI Souad**

N° Affiliation : **147785**

N° Immatriculation : **9381443642**

N° CIN : **C148871**

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

العلاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : **Conjoint**

Adresse : **Rue Cadi Bakkar Rd Al Mansour**

العنوان : **Trin B. Ouaher Burger 20380 Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **# 1806,00 #**

عدد الوثائق المرفقة : **# 1806,00 #**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **DERKAOUI Souad**

Date de naissance : **12/09/60**

N° CIN : **C148871**

Sexe : **M**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP :

Type de soins :

Maladie * : **مرض**

Maternité * : **أمومة**

Hospitalisation * : **استشفاء**

Accident * : **حادث**

Pli confidentiel remis* : **Oui**

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.

أشهر بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرىة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
12/12/2023	69			30000	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
12/12/23	AMIS	Pédicure		15000	
19/12/24		de l'opercule			
		Orale so			
		coiffe de rotation			

KINÉSITHÉRAPIE
CENTRE ABDELMAJID EL AGHA
N° 107 CASA - GSM 9977 66 85
OHLAA Houma
Kinésithérapeute
Houma 9977 66 85
Généraliste - 9977 66 85

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 22/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 07087 E-mail : ahmedcheul@yahoo.fr Phones : 0661526440
Nom et Prénom de l'adhérent : CHOUTA Ahmed
Nom et Prénom du bénéficiaire : DERKAOUI Souad

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Houda Qilaa
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Derkaoui Souad
Nécessite 10 séances de kinésithérapie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : AM19

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier) : Centre Kinésithérapie

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Syndrôme de la ceinture des rotateurs de l'épaule droite
Kinésithérapie visant à renforcer les abaisseurs de l'épaule

Cachet, date et signature du praticien

22/12/2023

QILAA Houda
Kinésithérapeute
Rue 21, Casablanca 31400
Tél : 0522 22 78 15 - Fax : 0522 22 78 18

KINESIS CASABLANCA
CENTRE DE KINESITHERAPIE
RUE 21 - CASABLANCA
Tél : 0522 22 78 15 - Fax : 0522 22 78 18

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



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	-	27/03/2024	Virement	-	1 800,00	520,00	55,00	575,00
1	-	20/02/2024	Virement	-	2 236,50	520,00	55,00	575,00
1	-	01/02/2024	Virement	-	2 874,60	1 909,05	242,44	2 151,49
1	-	03/01/2024	Virement	-	300,00	120,00	5,00	125,00

CASABLANCA, Le : 19/01/2024

NOM : Mme Derkaoui Souad

ICE : 0022658 78000067 IF : 42747877

Calendrier des Séances

xillo Facial
stibulaire
inage Lymphatique
éplastie
umatologie
hopédie
ortive
umatologie
urologie
animation
rdio respiratoire
rinéale

1	30/12/2023
2	02/01/2024
3	03/01/2024
4	05/01/2024
5	08/01/2024
6	10/01/2024
7	12/01/2024
8	15/01/2024
9	17/01/2024
10	19/01/2024

05 22 86 10 49
06 01 26 26 80
06 53 77 66 85

Abdelmoumen Center,
Angle Bd. Abdelmoumen
et Bd. Anoual, 1er étage,
N°107, Casablanca

houdaquilaa@gmail.com

SIGNATURE

05 22 86 10 49
06 01 26 26 80
06 53 77 66 85

Abdelmoumen Center,
Angle Bd. Abdelmoumen
et Bd. Anoual, 1er étage,
N°107, Casablanca

houdaquilaa@gmail.com

FACTURE

CASABLANCA, LE : 19/01/2024
NOM DU DESTINATAIRE : Mme Derkaoui Souad
Numéro de facture : 07
ICE : 002265878000067 IF : 42747877

Maxillo Facial
Vestibulaire
Drainage Lymphatique
Kinéplastie
Traumatologie
Orthopédie
Sportive
Rhumatologie
Neurologie
Réanimation
Cardio respiratoire
Périnéale

Désignation	Nombre de Séances	Prix par Séance	Total en Dhs
Rééducation pour Sd de la coiffe des rotateurs épaules droite	10 Séance	150	1500

SIGNATURE ET CACHET :

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 12/12/2023

DERKANI Snad

cd Cyl de staturs de l'œil dr
N° 10 peris de report
de saissus de l'œil

A ran de l'œil gauche

KINTEC
CE
BD
N° 107 Casa
JSM. 603 77 6683

Signature

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 175.879 / 2023 du 12/12/2023

Nom patient : DERKAOUI SOUAD

Entrée 12/12/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

