

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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 Yassouf CASA*

Tél. : *0661526640* 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 : *30.10.2024*

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

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
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														

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie



N° Bordereau

N° Dossier

خاص بالمؤمن له (ها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Nom et prénom : DERKAOUI Souad

147785

932/443642

C148871

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : rue 24 de Rakkar Rue Al Mansour
Tinri B. Quatre Burger 20380 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : # 1800,00 #

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : DERKAOUI Souad

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

الجنس* :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

تاريخ الحفل :

Hospitalisation *

أشتفاء *

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المرتقب للولادة :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident :

تاريخ الحادث :

Causes :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .	
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.	
Fait à : Casablanca	جرب
le : 02/2024	في :
توقيع المؤمن له (ها)	
Signature de l'assuré (e)	

أصرح بصدقانية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : Casablanca	جرب
le : 02/2024	في :
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

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 التعاوضية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Tarih ezyed : ٢٠٢٤/٠٢/٥

description des actes effectués

صف العمليات المحا

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

المصاعدin الطيبين

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 : ahmedcheuta@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 : Hocine Ghilou
 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) AM179

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

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Syndrome de la coiffe des rotatoires de l'épaule droite

Kinésithérapie mise en œuvre pour renforcer les abaissements de l'épaule

Cachet, date et signature du praticien

22/12/2023



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

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

xillo Facial
ostibulaire
ainage Lymphatique
éplastie
umatologie
hopédie
ortive
umatologie
urologie
animation
rdio respiratoire
rinéale

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

CASABLANCA, LE : 19/01/2024

NOM DU DESTINATAIRE : Mme Derkaoui Souad

Numéro de facture : 07

ICE : 0022658 78000067 IF : 42747877

FACTURE

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



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 ET CACHET :





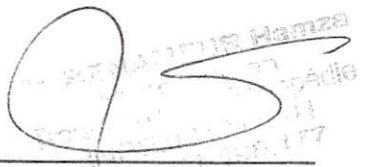
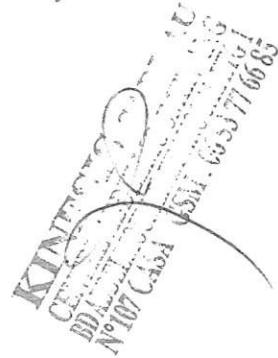
وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 12/12/2023

DÉRKAMI Souad

et celle des statuts de l'Institution
N° t 10 pieces de refout
d'assurance de l'Institution

A ravi de l'Institution



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 Sous-Total	300,00 300,00
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