

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.

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- 0018542

203799

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07087 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUTA Ahmed
Date de naissance : 12/04/1957
Adresse : Résidence AL MANSOUR CASA
Tél. : 0661526440 Total des frais engagés : 2874,60 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

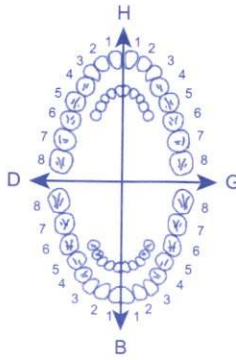
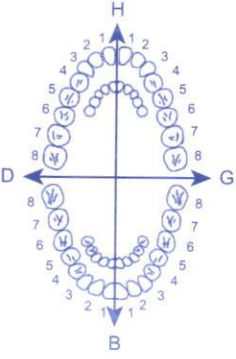
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

الدكتور عبد العزيز حسانين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى من جامعة مونتبولي بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والمفاصل من جامعة بورديو
- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين من جامعة بورديو
- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

Casablanca , le

13.10.2023

الدار البيضاء، في

Mme DERKAOUI Souad

LEVOTHYROX 50

- 1 Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

LEVOTHYROX 25

- 2 Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

RELAXOL

- 3 Prendre 2 comprimés le matin et le soir, après le repas.

FLAMIX 15 MG

- 4 Prendre 1 comprimé par jour, après le repas, pendant 14 jours.

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIKRI
5, Rue Cadi Bokkor - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIKRI
5, Rue Cadi Bokkor - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

Dr. HASSANAIN ABDELAZIZ

Bd Reda Gueliz 214 CD
Casablanca

GSM: 06 61 77 02 02

شارع رضى أكديرة (شارع النيل سابقا). رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.55.64.60 - Tél : 05.22.55.64.60 - GSM: 06.61.77.02.02

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

R.D.V. 13.01.24

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

FLAMIX® 15 mg
14 comprimés
6 118000 071648

LOT: 23E006
PER: 02/2026
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
6 118000 060833



En vertu de l'article 73 de la 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

MME DERKAoui SOUAD
RUE CADI BAKKAR 39 RES
MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2
CASABLANCA
CASABLANCA MAARIF
20100

Royaume du Maroc



Centre National d'Orientation et de Prévention Sociale
CNOPS



N° de Dossier : 84465953 Date et heure : 29/11/2023 15:39
Nom et prénom Assuré : DERKAoui SOUAD
Immatriculation : 93443642 / 090092815
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: DERKAoui SOUAD / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90136
Valeur en Dirhams : 2 874,60 Nombre de pièces : 6
Code Etablissement : A110 Agent de réception : 9MGE072
Nom Etablissement :

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 وأدمنتها 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.

توقيع وطابع التعاقدية	Cachet et signature de la mutuelle
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
N° Affiliation : 147785
N° Immatriculation : 932/443642
N° CIN : C148841
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* :
Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : rue Cadi Bekkar Rés. El Mansour
Imm. B Quarter Burger Casablanca
Montant des frais (Dhs) : # 2874,60 #
Nombre de pièces jointes :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
العنوان
مبلغ المصاريف (درهم)
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : DERKAOUI SOUAD
Nom et prénom :
Date de naissance : 120960
N° CIN : C148841
Sexe* : M ذكر F أنثى
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي
تاريخ الزيداد
رقم بطاقة التعريف الوطنية
الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091074513
Type de soins :
Maladie* : مرض
Maternité* :
Hospitalisation* : استشفاء
Accident* : حادث
تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :
أسباب الحادث :
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
نوع العلاجات
تاريخ الحمل
التاريخ المتوقع للولادة
تاريخ الاستشفاء
تاريخ الحادث
أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : Casablanca
le : 2023
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)
أشهد بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca
le : 13/09/2023
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins
* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المکتوب

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفعول Prix facturé	توقيع و ملاح الصيدلي أو ممون العيدين Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13/10/23	174,6	<p>PHARMACIE RIHAB</p> <p>PHARMACIEN - PASSI FIHRI</p> <p>05 22 25 46 85</p> <p>INPE: 092050681</p>

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	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
13-10 2023	EPM	epaule		2500DH
0606839				

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائيات
Signature et Cachet du Radiologue ou
Biologiste

HOPITAL F...
DE CASABLANCA
Service Radi...

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° 23024766 Du: 13/10/2023

Patient : SOUAD DERKAOUI

Prise en charge : PAYANT

Admission : 13/10/2023

N° Dossier : 23023502

Sortie : 13/10/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
RADIOLOGIE	1	IRM EPAULE	2 500.00	2 500.00
			Sous-Total	2 500.00
			Total clinique	2 500.00
Arrêtée la présente ticke modérateur à la somme de :			Total brut :	2 500.00
Deux mille cinq cents dirhams			Remise :	0.00
			Total net :	2 500.00

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA (HPIC)
Service Radiologie

Docteur Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

Casablanca , le

الدكتور عبد العزيز حسانين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى
- من جامعة مونتبولي بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والمفاصل
- من جامعة بوردو
- دبلوم في علاج الأشخاص المسنين
- من جامعة بوردو
- دبلوم في الجراحة الجلدية
- من المستشفى العسكري بالرباط

الدار البيضاء، في

13 Octobre 2023

Mme DERKAOUI Souad

IRM EPAULE DROITE

RC : DOULEUR EPAULE DROITE

شارع رضى الكديرة (شارع النيل سابقا). رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.55.64.60 - Tél : 05.22.55.64.60 - GSM: 06.61.77.02.02 - الجوال:

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091