

# 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.

Matricule : 07087 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHOUMA Ahmed

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : Résidence AL Mansour CSA

Tél. : 0661526460 Total des frais engagés : 2874,60 Dhs

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 :

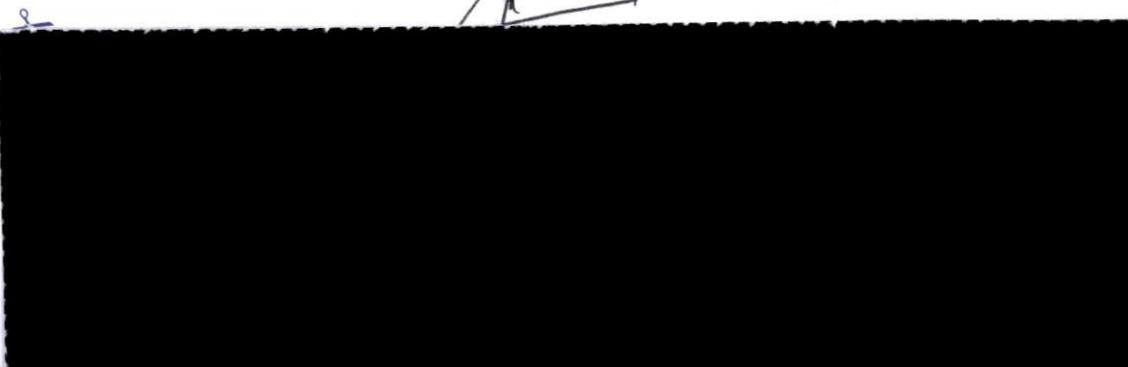
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



#### **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

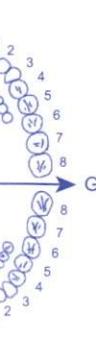
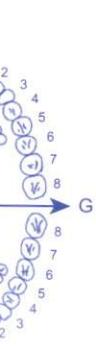
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

**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 حسنين**

**طبيب سابق بالدرك الملكي**

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

Casablanca , le

**13.10.2023**

الدار البيضاء، في

٤٠.٦

**Mme DERKAOUI Souad**

**LEVOTHYROX 50**

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

**LEVOOTHYROX 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.

٦٠.٩

١٣.٤٠ × ٣

٦.٨٥ × ٩

**PHARMACIE RIHAB**  
**EL MELIANI - FASSI FIHRI**  
**5, Rue Cadi Bokor - Casablanca**  
**Tél: 05.22.25.46.85**

**PHARMACIE RIHAB**  
**EL MELIANI - FASSI FIHRI**  
**5, Rue Cadi Bokor - Casablanca**  
**Tél: 05.22.25.46.85**

RDV: 13.01.24

**Dr. HASSANAIN ABDELAZIZ**

**Medecin**

**Bd Reda Gaïd - 214 CD**

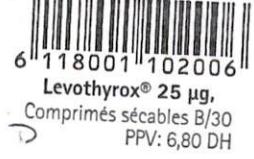
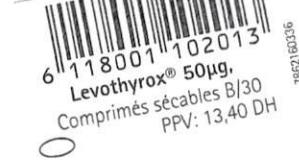
**Casablanca**

**GSM: 05.22.55.64.60**

**الهاتف: 05.22.55.64.60 - Tél:**

**GSM: 06.61.77.02.02 - INPE: 091074518 - ICE: 001651921000091**

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





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

MME DERKAOUI SOUAD

RUE CADI BAKKAR 39 RES

MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2

CASABLANCA

CASABLANCA MAARIF

20100

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 :

Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :

A

### 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.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التعاقدية
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

### تعليمات يجب اتباعها

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 العلاجات والوثائق الثبوتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار 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 دين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

### Partie réservée à l'assuré(e)

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

العنوان : rue Cadi Bekkar Rés. El Mansour  
Tunis B Quarter Burger Carablanca

Montant des frais (Dhs) : 112874,60 # مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : DERKAOUI SOUAD

120960

C148871

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

M ذكر F أنثى X

### Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* :

Oui Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

ستشفاء \*

Date d'accouchement :

Accident \*

حوادث \*

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca le : 2023

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

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

DERKAOUI SOUAD

120960

C148871

أنتي M ذكر F أنثى X

العنوان الذي الاستدلالي للممارس :

Rue Cadi Bekkar Résidence El Mansour

نوع العلاجات :

الطب الأسنان

تم تقديم الملف المتعلق :

تاريخ العمل :

التاريخ المزقب للولادة :

تاريخ الاستئصال :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصدقائية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca le : 13/01/2024

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

اشطب الخطأ :

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متاع كلية بيع هذا النموذج

#### **description des actes effectués**

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المقتضي Date d'exécution	النعن المفوتر Prix facturé	توقيع و ملابسات الصيدلي أو موظف الصيدلاني Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٣/١٠/٢٣	٢٧٤,٦٢	<i>RIHAB ASSIFURI Casablanca INPE: 092050681</i>

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور، الأشعة، الاجهاء، عمليات

Actes Paramédicaux

معلومات المساعدین الطبيین



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

## HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

## F A C T U R E

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 : Deux mille cinq cents dirhams			Total brut : Remise : Total net :	2 500.00 0.00 2 500.00

ANGLE BD BIR ANZARANE ET ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE BEN III ALL QUARTIER MARIE - CASABLANCA

ICE : 002924279000042 RC : 119051 IF : 50575193 IP : 45000681 INPE : 060064839 RIB : 050780004010923183200177

**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 حسنين**

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري والفحص بالصدى من جامعة مونتوبلي بفرنسا
- دبلوم أمراض العظام والمفاصيل 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 الكديره (شارع النيل سابقا). رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

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

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091