

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.

M22- 0018541

203797

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 07087

Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : C.HOUTA Ahmed

Autre :

Date de naissance :

12/04/1957

Adresse :

Résidence Al Yausour CASA

Tél. : 0661596460

Total des frais engagés : 2236,50 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 :

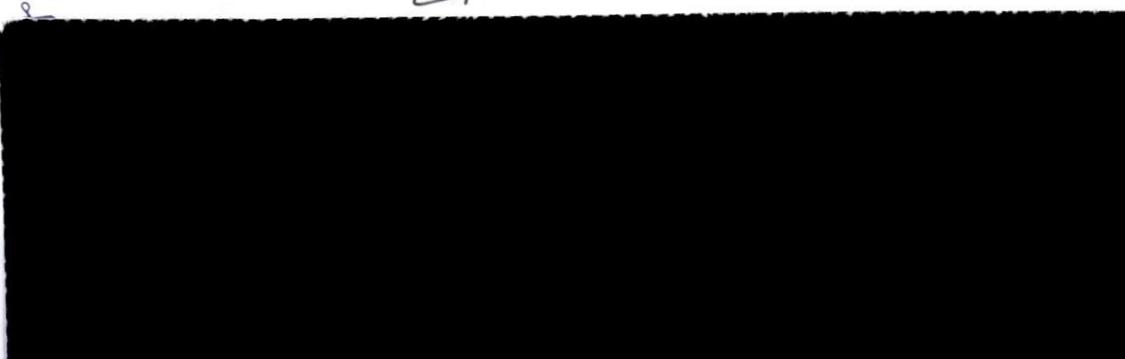
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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] :



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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفه



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

31/10/2023

Smarl DERKAMI

sa de la coll de statans
de l'epau de rechau
peaus de rechau
renforcement du muscles
des adducteurs de l'epau
physiotherapy



Ainsi de l'épaule grenaie

DuoRelax®

Gélule



6 111259 970243

LOT: CA332
EXP: 07/26
PPC: 79,50DH

DuoRelax®
Gélule

LOT: CR332
EXP: 07/26
PPC: 79,50DH

DuoRelax®
Gélule

DuoRelax®
Gélule



6 111259 970243

NOCICEPTOL
GEL ANTI - DOULEUR

120 ml

LOT

PVC: 198.00DH



C248
2025-11

REV: 2020/IV/0

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

AINAT®
COMPRIMES



AINAT®
COMPRIMES

LOT: 220866
PER: 11/2025
PPC: 79,50DH



En vertu de l'article 73 de Loi 55-00 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 CADY BAKKAR 39 RES
MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2
CASABLANCA
CASABLANCA MAARIF
20100

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier : 84911369 Date et heure : 21/12/2023 11:28
Nom et prénom Assuré : DERKAOUI SOUAD
Immatriculation : 93443642 / 090092815
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: DERKAOUI SOUAD / 01
Type de dossier :
Lieu de réception :
Valeur en Dirhams : 2 236,50 Nombre de pièces : 4
Code Etablissement :
Nom Etablissement : CASA SIEGE 90140 Agent de réception : 9MGE161

MME DERKAOUI SOUAD

RUE CADY BAKKAR 39 RES

MANSOUR IMM B APT 1 ETG 2

CASABLANCA

CASABLANCA MAARIF

20100

N° de Dossier :

84911369

Date et heure : 21/12/2023 11:28

Nom et prénom Assuré :

DERKAOUI SOUAD

Immatriculation :

93443642 / 090092815

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

DERKAOUI SOUAD

/ 01

Type de dossier :

DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90140

Valeur en Dirhams :

2 236,50

Nombre de pièces :

4

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE161

Nom Etablissement :

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



AN

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 :	تاريخ الإيداع :
Date de dépôt du dossier :	

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 و الوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تتبعون إليها في طرف 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 للتغويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمسطرة القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للمنعمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : DERKAOUI Souad

147785

932-443642

C148871

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : rue Cadi Bekkar, Rés Al Mansour
Imm. B. Quartier Bürger Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 223650

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : DERKAOUI Souad

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Accident *

حادث *

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحمة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.	Fait à : Casablanca Date : 12/2023 Signature de l'assuré (e)
---	--

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.	Fait à : Date : 31/10/2023 Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	---

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع ملعاً كلباً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

ج) الوصفات التي تم تنفيذها و التحيزات الطيبة المموجة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الценة المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو موظف التأمين الطبي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٣١/٠٨/٢٣	٤٣٦,٥٠	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

CASABLANCA, Le : 06/12/2023

NOM : Mme Derkaoui Souad

Calendrier des Séances

Maxillo Facial

Vestibulaire

Drainage Lymphatique

Kinéplastie

Traumatologie

Orthopédie

Sportive

Rhumatologie

Neurologie

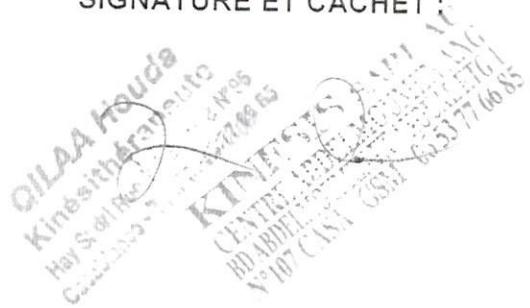
Réanimation

Cardio respiratoire

Périnéale

1	13/11/2023
2	15/11/2023
3	17/11/2023
4	20/11/2023
5	22/11/2023
6	24/11/2023
7	27/11/2023
8	29/11/2023
9	01/12/2023
10	06/12/2023

SIGNATURE ET CACHET :



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

ICE : 0022658 78000067

IF : 42747877

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

houdaquila@gmail.com

CASABLANCA, LE : 06/12/2023
NOM DU DESTINATAIRE : Mme Derkaoui Souad
Numéro de facture : 176

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 épaule Dt	10 séances	150	1500

SIGNATURE ET CACHET :


 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


 houdaqlaa@gmail.com

ICE : 002265878000067 IF : 42747877



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 31/10/2023

Numéro : 153 748



090061862

Nom patient : DERKAOUI SOUAD

Médecin : PR. BENAMEUR HAMZA
Traumatologie

2300771843

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 31/10/2021

Smed DERKAM

159,00
Duo relax 159,00
2x2 (159,00)
29,50 Final
159,00
198,00 Nolig +
159,00 x 3 = 477,00
436,50

PHARMACIE RIHAB
El Meknès - Fassi Fihri
5, Rue Gaddaoui - Casablanca
Tél. 05 22 25 46 85

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma