

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018541

☒ 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 Youssef CABA
Tél : 0661526440 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 : CABA Le : 30/04/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

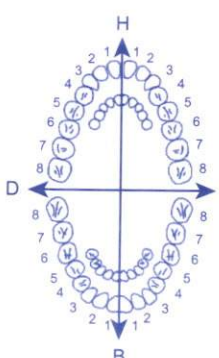
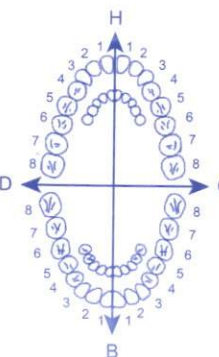
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

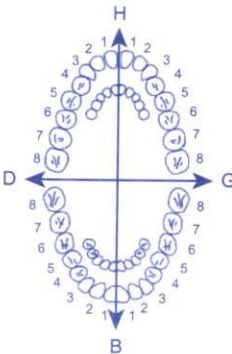
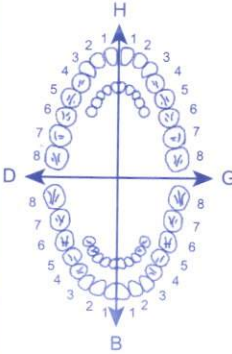
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 00000000 35533411 11433553 </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez 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			
	<div><div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div><div>G</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div></div>			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 L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

31/10/2023

Smael DERKADMI

sa de la cuff de statens
de l'ensemble de
propos de recrutement
renforcement des muscles
les saissens de l'ensemble
physiologique
Ainsi de l'ensemble

DuoRelax[®]
Gélule



6 111259 970243

LOT: CA332
EXP: 07/26
PPC: 79.50DH

DuoRelax[®]
Gélule

LOT: CA332
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

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV: 2021/11/0

AINAT[®]
COMPRIMES



8 051128 634624

LOT: 220866
PER: 11/2025
PPC: 79.50DH

AINAT[®]
COMPRIMES



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 DERKAQUI SOUAD
RUE CADI 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 : DERKAQUI SOUAD
Immatriculation : 93443642 / 090092815
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: DERKAQUI 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 :

MME DERKAOUI SOUAD
RUE CADI 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 : 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 :

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.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأخذتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 للمسطور القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعااضدية	توقيع وطابع التعااضدية
Cachet et signature de la mutuelle	
Identification de l'agent	
Date de depot du dossier	تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.101.01
مراجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : DERKAOUI SOUAD

رقم الانخراط : 147785

رقم التسجيل : 932-443642

رقم بطاقة التعريف الوطنية : C148871

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : rue Cadi Bekkar, Rés. Al Mansour

Imm. B. Quartier Buiger, Casablanca

مبلغ المصاريف (درهم) : 2236,50

عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي و الشخصي : DERKAOUI SOUAD

تاريخ الميلاد : 120960

رقم بطاقة التعريف الوطنية : C148871

الجنس : M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلائي للممارس : 091211201

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non

تاريخ الحمل : Date de grossesse

التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement

تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation

تاريخ الحادث : Date d'accident

أسباب الحادث : Causes

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca le : 12/2023 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e)	أصرح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca le : 12/2023 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---

ISP - Identification Nationale du Praticien
Cacher la mention utile pour chaque case

استطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

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
31/10/23	S			300,00	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/10/23	436,50	

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
31/10/23	Am129			1500,00	
31/10/23				65049710	

KINÉTHÈSE AU
CENTRE
BD ABDEL KADER
N° 407 CASA - 16377 66 85
QILAA
Kinésithérapeute
May Sidi Bou
Casablanca - Tél: 33 55 77 66 85



Kinesis
CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE

Houda QILAA
kinésithérapeute Physiothérapeute

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 :

(Signature and stamp area containing text: QILAA Houda, Kinésithérapeute, Centre de Kinésithérapie, 107 Casablanca, 06 53 77 66 85)

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

houdaquilaa@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 :

KINESIS CASABLANCA
CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE
BD ABDELMOUMEN
N°107 CASA - GSM : 06 53 77 66 85

QILAA Houda
Kinésithérapeute
Hay Salam 2000
Casablanca - Tél: 06 53 77 66 85

ICE : 002265878000067

IF : 42747877

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

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

Smad DERKAM

159,00
Duo relin
2x2 (M 15)
29,50
Ainol
151 (M 15)
198,00
Nolicep
158 x 3 (M 15)
436,50

PHARMACIE RIHAB
EL MELJANI - FASSI FURRI
5, Rue Cad. Bokkor - Casablanca
Tel: 05 22 25 46 85