

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'El-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-009661

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07287 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 : 2608,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
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 : 17/11/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 التعريفة 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 للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

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
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **DERKAOUI Saoud** الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : **147785** رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **932-443642** رقم التسجيل :

N° CIN : **C148871** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **rue Ladi Bakkar, Rés. Al Mansour** العنوان :

Im. B. Ouarab, Burger Casablanca

Montant des frais (Dhs) : **12.608,00** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **DERKAOUI Saoud** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **DERKAOUI Saoud** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **12/09/60** تاريخ الميلاد :

N° CIN : **C148871** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **I.N.P** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **091032771** نوع العلاجات

Maladie * **مرض** تم تقديم الظرف المغلق * : Oui Non

Maternité * **أمومة** تاريخ الحمل :

Hospitalisation * **استشفاء** التاريخ المتوقع للولادة :

Accident * **حادث** تاريخ الاستشفاء :

Causes : 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** حرر بـ :

le : **11/09/2023** في :

Signature de l'assuré (e) : **we** توقيع المؤمن له (ها) :

Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : **Dr. BERRADA Mohammed** توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا الطبع

Tel : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p>توقيع و ملاح الصيدني أو مومن الصيدني أو المصلحة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>31/08/22</p>	<p>258,00</p>	<p>PHARMACIE RIHAB 5, rue Cadi Bakkar - FASSI FHIRI Tél: 06 22 25 46 85</p>
<p>08/09/23</p>	<p>9060H EDDERAI MOHAMMED OPTICIEN INPE: 866059362</p>	<p>EYETECH 64/66 IMM 62, Rue Cadi Bakkar Maarif Extention - Casablanca ICE: 003052880800025</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	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي 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 الفوتور Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

05 20 56 58 98

eyetechmaroc98@gmail.com

64/66 IMM. 62, Rue Cadi Bakkar
Maârif Extention, Casablanca



Facture N° 03008

Mme/ Mr : DERKAOUÏ Samad

Dt: 08/09/2023

VL

VP - ADD

OD: +2.00 (+0.75 25) OD: +2.50

OG: +1.50 (+1.00 140) OG: +2.50

2Vers: progressif

organique

photo

Rx 1500 dh

VP

OD:

OG:

1 Monture plastic

Prix 500 dh

EYETECH
64/66 IMM. 62, Rue Cadi Bakkar
Maârif Extention, Casablanca
165-00300290000025

Total 2000 dh

Hye
 Lubricating ophthalmic solution
Sodium Hyaluronate 0.4%
 Solution ophtalmique
 lubrifiante à base de
Hyaluronate de Sodium 0.4%

Composition: Sodium hyaluronate (0.4% w/v), dibasic sodium phosphate, monobasic sodium phosphate, sodium chloride, benzalkonium chloride, sodium edetate, water for injections.

Composition: hyaluronate de sodium (0.4% p/v), phosphate de sodium dibasique, phosphate de sodium monobasique, chlorure de sodium, chlorure de benzalkonium, edétate de sodium, eau pour préparations injectables.

MEDICAL DEVICE
 N°Certificat d'Enregistrement au Ministère de la Santé: 15875/2021/1832-2022/DM/DPS/DMP/18

FARMIGEA S.p.A.
 Via G.B. Oliva, 4/B
 56121 PISA, Italy/Italie



8 032668 870147

STERILE A **CE** 0546



Importateur/Distribution:
 B.S. Health Services, 8, Avenue
 Mohamed Belkhouan El Ouazzani -
 Centre Commercial
 Dar Essalam-Souissi - Rabat

MEDICAL DEVICE
 N°Certificat d'Enregistrement au Ministère de la Santé: 15875/2021/1832-2022/DM/DPS/DMP/18

FARMIGEA S.p.A.
 Via G.B. Oliva, 4/B
 56121 PISA, Italy/Italie



8 032668 870147

STERILE A **CE** 0546



Importateur/Distribution:
 B.S. Health Services, 8, Avenue
 Mohamed Belkhouan El Ouazzani -
 Centre Commercial
 Dar Essalam-Souissi - Rabat

MEDICAL DEVICE
 N°Certificat d'Enregistrement au Ministère de la Santé: 15875/2021/1832-2022/DM/DPS/DMP/18

FARMIGEA S.p.A.
 Via G.B. Oliva, 4/B
 56121 PISA, Italy/Italie



LOT 0 130 000 3
 2025 5
 PPC 109,00
 DHS



LOT 0 130 000 3
 2025 5
 PPC 109,00
 DHS



Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



لدكتور محمد برادة

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

31 août 2023

Casablanca, le

Mme DERKAOUI Souad

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Amincis

Vision de loin :

OD = + 2.00 (+ 0.75 à 25°)

OG = + 1.50 (+ 1.00 à 140°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

40.00
CORRECTOL collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

HYE collyre

2 18.00 1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

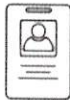
258.00

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

EYE TECH
64/66 IMM. 62, Rue Ladi Bakkar
Maarif Extentor Casablanca
ICE: 003092180000025

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

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
- 2	-	31/10/2023	Virement	-	6 734,60	3 291,02	387,62	3 678,64
82600690	24/08/2023	Payé en : 68 jours		DERKAoui SOUAD	4 126,60	1 971,02	382,62	2 353,64
82929427	13/09/2023	Payé en : 48 jours		DERKAoui SOUAD	2 608,00	1 320,00	5,00	1 325,00

Royaume du Maroc



MME DERKAQUI SQUAD
 RUE CASI DAKKAR 39 RES
 MANSOUR IMME B APT 4 ETC 2
 CASADLANCA
 CASADLANCA MARIE
 30100

Accusé de Réception



N° de Dossier :

00727427

Date et heure : 13/09/2023 11:30

Nom et prénom Assuré :

DERKAQUI SQUAD

Immatriculation :

93443642 / 090093895

Nom et prénom bénéficiaire/rang:

DERKAQUI SQUAD

01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90157

Valeur en Dirhams :

2 000,00

Nombre de pièces :

3

Code Etablissement :

Agent de réception :

WWELEJOU

Nom Etablissement :