

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### diologie 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.

**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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Veuve Nour Tahsine  
TIBARI

**Déclaration de Maladie : N° S19-0001000**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 001875

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE TIBARI

Date de naissance : 06/05/1956

Adresse :

Tél : 06 78 91 70 70

Total des frais engagés : 1516,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khadija MAGHRAOUI  
Spécialiste Rhumatologue

Date de consultation : 25/09/2019

Nom et prénom du malade : DAMIR Khadija

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection rhumatologique

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

07 OCT. 2019

ACCUEIL

Le : 07/10/2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet, en signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/09/19			1500	
09/10/19				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MILAD Dr. Samira MILAD 283, Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salem Tél: 0522 94 11 11	25/8/18	288,20
PHARMACIE MILAD Dr. Samira MILAD 283, Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salem Tél: 0522 94 11 11	21/10/19	928,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/09/19	215	153,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

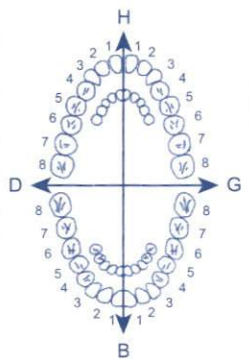
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L.  
Tél: 0522 86 30 20 - CASABLANCA

وصفة  
ORDONNANCE



Le 02/10/19

M<sup>re</sup> DAMIR Khadija

174,40

1) Deflozante 30 → cp

1/2 cp mat pnt 20 j

79,00

2) Hefool 15 mg cp

1 cp mi - nalt 10 j

20,90 x2

plus 1/2 cp mi - nalt 10 j puis si du len.

3) ntomine D BON 200.000U I

1 cp à boire à renouveler

128,70 x2

après 1 mn

4) cadexine cp

1 cp j pnt 2 mn

50 j

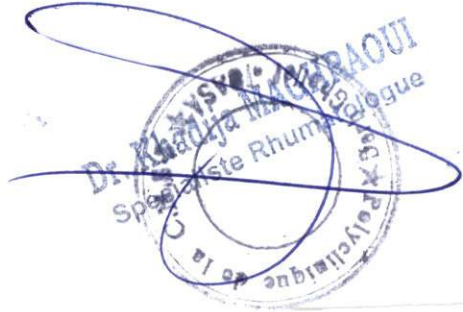




5) Box Cedine 300 →

188,00  
x2  
376.00  
928.60

1 gel/m Loli pdt 02m in



ZENITH Pharma  
AMMN°171/16DMP/21/NNPR  
  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

LOT 190200  
EXP 01/2022  
PPV 79.00DH

LOT: 0906035  
PPV: 174DH440

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR  
  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

CADELIUS 600 mg/1000 UI  
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D<sub>3</sub>)  
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30  
PPV: 128,70 Dhs  
  
6 118001 440061

CADELIUS 600 mg/1000 UI  
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D<sub>3</sub>)  
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30  
PPV: 128,70 Dhs  
  
6 118001 440061

KDV

04/12/19



PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS  
  
6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS  
  
6 118001 072644

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - CIL  
Tél: 0522.94.65.30-CASABLANCA



وصفة  
ORDONNANCE



PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L.  
Tél: 0522.94 65 30 - CASABLANCA

Le 25/09/19

M<sup>re</sup> SAMIR Ichadya

174,00

1) Deflozante 30mg cp

1 cp mat nelt 05 j

plus 1/2 cp mat nelt 05 j

22,00

2) Cedrel cp

1 cp x 2 j nelt 10 j

39,00

3) Mefsol 15mg cp

1 cp m - nelt 10 j

528,00

4) Prazel 20 - s

1 cp mat

288,00



Lot: 0F0603F  
PER: 05/05/20  
PPV: 174DH440

22,00 ▲

39,00

PPV: 52DH80  
PER: 09/21  
LOT: 1374-8

PHARMACIE MILAD

Dr. Samira MILAD

283, Bd. Sidi Abderrahmane

Hay Salam - C.I.L.

522.94 65 30-CASABLANCA



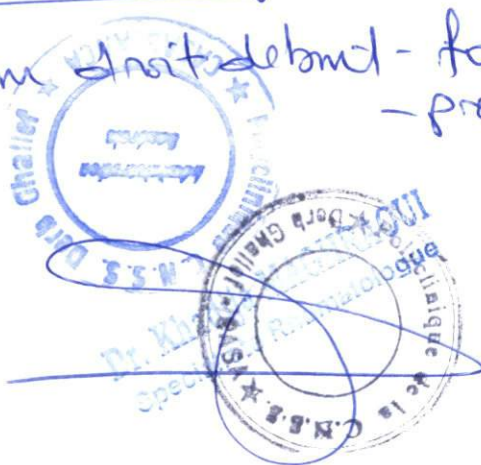
وصفة  
ORDONNANCE



Le 25/09/19

mme Samir Khadja

Rx du genou droit debout - face  
- profil





POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1105218	N° SEJOUR : 190063879	<b>FACTURE N° 1902018017</b>		DATE D'ENTREE : 25/09/2019		DATE DE SORTIE : 25/09/2019					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>DAMIR,Khadija</b>							
MALADE : DAMIR,Khadija											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 03072019 DR EL MAGHRAOUI KHADIJA RHUMATOLOGUE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 25/09/2019	EDITEE LE : 25/09/2019	PAR: AZEDIN	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				





POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1105247		N° SEJOUR : 190063923		<b>FACTURE N° 1905044990</b>		DATE D'ENTREE : 25/09/2019		DATE DE SORTIE : 25/09/2019			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>DAMIR,Khadija</b>							
MALADE : DAMIR,Khadija											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)		TOTAUX :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU :		150.00					
DATE FACTURE : 25/09/2019		EDITEE LE : 25/09/2019		PAR: FENANI		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 25/09/2019

Patient (e) : DAMIR KHADIJA

RX. GENOU DROIT F+P

Déminéralisation osseuse.

Interlignes articulaires respectes

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

DR CHERKAOUI AICHA

