

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

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Educations :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0046938

ND: 53432

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11413 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZOUINKA AHMED  
 Date de naissance : 02-05-1967  
 Adresse : 05 Rue gharb Elmouhammedia  
 Tél. : 0666354186 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Adel BOUSSABIR  
Chirurgien  
73, BD de La Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - Casablanca  
TEL : 05 22 03 03 20

Date de consultation : 26/08/2020  
 Nom et prénom du malade : LAKHOUC SAADIA Age: 52ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cholestérol  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**  
28 DEC. 2020  
ACCUEIL





مصحة ميموزا - الحمديّة  
Clinique Les Mimosas - Mohammedia

Mohammedia, le: 26/08/2020. الحمديّة هي:

Nom et Prénom: M<sup>me</sup> LAKHOUCI Saadia

Cholecystectomie rétrograde sans  
coelios

CPD

M<sup>me</sup> en DD, sans AG, DDT, ATB.

Open coelios au niveau de  
l'ombilic.

Exploration VB lithiase sup.  
à part fine

Disection du tégument cystique  
Cholecystectomie rétrograde

Extraction de la VB par  
l'IGD.

Drainage sous hépatique /  
fermeture de nifys  
de ténants.



21/12/2020  
16:29

Numéro dossier : 20H260750

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
26/08/2020	PROPOFOLFRESENIUS10MG/ML	4268	2,00	37.40	74.80
26/08/2020	MIDAZOLAM5MGINJECT	4268	1,00	7.87	7.87
26/08/2020	ESMERONINJECT	4268	1,00	48.50	48.50
26/08/2020	FENTANYL0.5MG/10MLINJECT	4268	1,00	19.21	19.21
26/08/2020	MAXICLAVIGINJECT	4268	1,00	23.90	23.90
26/08/2020	AXIMICINE1GINJECT	4268	1,00	7.07	7.07
26/08/2020	SERUMSALE9%500ML	4268	6,00	12.20	73.20
26/08/2020	SERUMGLUCOSE5%	4268	3,00	12.54	37.62
26/08/2020	ELECTRODECGADULT5.5/25	4268	3,00	3.21	9.63
26/08/2020	PARACETAMOL10mg/ml	4268	3,00	15.00	45.00
26/08/2020	ACCUPAN	4268	2,00	6.54	13.08
26/08/2020	INTRANULE	4268	1,00	6.58	6.58
26/08/2020	PERFUSEURENYKDL	4268	1,00	8.29	8.29
26/08/2020	SONDEDINTUBATIONA/B7	4268	1,00	15.77	15.77
26/08/2020	SONDEDASPIRATIONCH14	4268	1,00	12.47	12.47
26/08/2020	PROSTEGMINE	4268	1,00	4.25	4.25
26/08/2020	ATARAX	4268	1,00	0.98	0.98
26/08/2020	GANTSSTERILE6.5	4268	1,00	8.02	8.02
26/08/2020	GANTSSTERILE7.5	4268	1,00	8.02	8.02
26/08/2020	LAMEDEBISTOURIN°11	4268	1,00	3.91	3.91
26/08/2020	HEMOVACCH14	4268	1,00	55.40	55.40
26/08/2020	POCHEAURINE	4268	1,00	4.68	4.68
26/08/2020	NYLON 3/0 A/T	4268	1,00	16.25	16.25
26/08/2020	VICRYL 1 A/R 40MM	4268	1,00	45.50	45.50
			<b>Total pharmacie</b>		<b>550.00</b>





# CLINIQUE LES MIMOSAS - MOHAMMEDIA

MULTIDISCIPLINAIRE

.....  
.....

## F A C T U R E

N° : 1072 / 2020 du 05/09/2020

DUPLICATA

Nom patient **LAKHOUC SAADIA**

Entrée 26/08/2020

Prise en charge **CNSS**

Sortie 28/08/2020

Adresse : rab

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	2.00		400.00	800.00
			<i>Sous-Total</i>	800.00
PHARMACIE	1.00		550.00	550.00
			<i>Sous-Total</i>	550.00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 350.00</b>

DR. BOUSSABIR (chirurgien)	1.00		2 800.00	2 800.00
DR. SADIKI (anesthésiste)	1.00		800.00	800.00
			<i>Sous-Total</i>	3 600.00
BLOC OPERATOIRE K120	1.00		2 550.00	2 550.00
			<i>Sous-Total</i>	2 550.00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>6 150.00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		<b>Total</b>	<b>7 500.00</b>
SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS			
<i>Immatriculation :</i>	<i>Adhérent :</i>		
<i>Affiliation :</i>	<i>N° prise en charge :</i>		
<i>Cin :</i>			

LA SOMME PAYEE PAR L'AMO

: 5250,00 DHS

LA SOMME PAYEE EN ESPECES PAR L'ADH

: 2250,00 DHS





Casablanca, le 01/09/2020 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE LES MIMOSAS  
HASSAN II, LA SIESTA, N 4

20800 MOHAMMADIA



N° d'immatriculation 116744543

Nom et prénom de l'assuré : LAKHOUC SAADIA  
118

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

réponse au dossier de prise en charge numéro  
188312 , reçu le 26/08/2020, nous vous faisons  
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 70088312  
والذي وافقتمونا به بتاريخ 26/08/2020 نطلعكم على  
موافقتنا بخصوص

bénéficiaire  
établissement

LAKHOUC SAADIA

090062597

5250,00Dhs

du 26/08/2020 au 25/09/2020

المستفيد  
المؤسسة العلاجية  
المبلغ  
صلاحية التحمل

montant  
validité de prise en charge

cette attestation doit être jointe à votre demande de  
remboursement à déposer impérativement dans un  
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de  
prise en charge du patient de votre établissement et ce, pour  
permettre de bénéficier du règlement des frais  
d'hospitalisation selon les conditions et modalités  
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه  
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من  
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع  
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي  
يحددها القانون

En conséquence, nous vous signalons que la non réalisation des  
paiements dans les délais sus mentionnés rend la présente  
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إجازة العلاجات داخل  
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة  
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de  
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة والتحمل  
Service Entente Préalable et Prise en Charge

RESULTATS ANA-PATH

CRO

L:

L: