

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 National d'Assurance Maladie et Accidents du Travail - Agence de Rabat - BP 214 - Route de Rabat - Agdal - Rabat - Maroc  
Tél : +212 37 70 00 00 - Fax : +212 37 70 00 01 - E-mail : info@mupras.com - Site Internet : www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° W21-781894

*Choukri*

|  |  |                                  |                                 |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                             |  |                                  |                                 |
| Matricule :  | 1479   | Société :                        | R.A.M                           |
| <input type="checkbox"/> Actif                             | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | CHAOUKI OMAR / 179915           |
| Nom & Prénom :   |  |                                  |                                 |
| Date de naissance :  |  |                                  |                                 |
| Adresse :  |  |                                  |                                 |
| Tél. : 06 66 92 03 67 Total des frais engagés : 675,50 Dhs |  |                                  |                                 |

Autorisation CNDFP N° : AA-215/2013

|   |                                   |  |                                 |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |  |                                 |
| Chirurgien Traumato-Orthopédiste<br>N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat<br>Tél : 06 62 07 88 22<br>INPE : 101104404  |                                   |  |                                 |
| Date de consultation :  | 08/09/2023                        | Nom et prénom du malade :                    | M'SAHLI RABIA Age: 71 ans       |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Rabiteur du genou post opératoire  |                                   |  |                                 |
| 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 : AGADIR / RABAT Le : 08/09/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

*Choukri*

|   |               |
|---|---------------|
| VOLET ADHÉRENT  |               |
| Déclaration de maladie  | N° W21-781894 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |               |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).   |               |

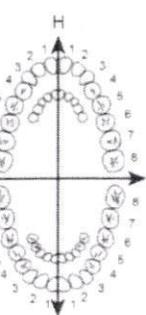
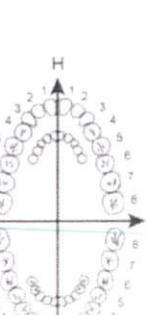
Matricule : 1479  
Nom de l'adhérent(e) : CHOUKRI OMAR  
Total des frais engagés : 675,50 Dhs  
Date de dépôt : 08/09/2023

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Puissant  | N° : 102063779500<br>Date : 10/06/2008<br>INPE : 102063779508 | Montant de la Facture :<br>ICE : 00142557200072 |  |
| PHARMACIE EL ALACHARIA<br>N° 2, BIS, RUE EL ALACHARIA<br>Bab Makkah, Rabat<br>Tél. : 0531-326150<br>Fax : 0531-326150 |   | Agdal Rabat - Tel. : 0537779500                 |  |
|   |   | Benchekouf, Rabat                               |  |
|   |   | 08-09-2013                                      |  |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |          |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|--|----------|---|------------------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins                                  |          |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF |          |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                        |          | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient                                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |   |                  | INP : <input type="text"/>                   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |   |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |   |                  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |   |                  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          |   |                  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>         |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |  | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
| H  | G        |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 25533412   | 21433552 |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000   | 00000000 |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| D  | B        |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000   | 00000000 |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 35533411   | 11433553 |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| B  |          |   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>  |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |          | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>  |                  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

# **CLINIQUE AGDAL**

Médico-Chirurgicale

Rabat



مصححة أڭدال  
للطب والجراحة  
الرباط

استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة و المختبر على مدار الساعة  
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24h/24,7j/7

**Dr. Said DEBBOUR** Chirurgien Traumato-Orthopédiste  
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat  
Tél : 06 62 07 88 22  
INPE : 101104476222

Rabat de  
Agdal - Rabat, 1 Bd ALMAKHLAQ  
N°2, Imm. 1 BIS Rue ALMAKHLAQ  
INPB : 102063778500  
INPE : 06 62 07 88 22

**Dr. Said DEBBOUR** Chirurgien Traumato-Orthopédiste  
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat  
Tél : 06 62 07 88 22  
INPE : 101104476222

**Dr. Said DEBBOUR** Chirurgien Traumato-Orthopédiste  
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat  
Tél : 06 62 07 88 22  
INPE : 101104476222

152,00 1.- Aixis 90

37,00 2.- Duosal 2-2-2 x 00 8

99,00 3.- Theravac 325  
168 le m x 20

325,00

**Dr. Saïd DEBBOUR**  
Chirurgien Traumato-Orthopédiste  
N°9, Imm.79, AV Ibn Sina, Agdal-Rabat  
Tél : 06 62 07 88 22  
INPE : 101104404

6. ساحة طلحة، شارع ابن سينا، أكادير - الرباط - الهاتف : 05 37 67 77 77 - 05 37 77 77 77 - الفاكس : 05 37 67 77 11 / 12/13  
6, Place Talha, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 77 77 - 05 37 77 77 77 - Fax : 05 37 67 77 11 / 12 / 13

Site Web : [www.clinique-agdal.com](http://www.clinique-agdal.com) - E-mail : [cliniquerabatagdal@gmail.com](mailto:cliniquerabatagdal@gmail.com)

**CLINIQUE AGD**

MEDICO - CHIRURGICALE  
 6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal  
 Tel : 05 37 77 77 77 - 05 37 67 77 77

**F A C T U R E**

N° Admission : 23/081321

N° 8 148 / 2023 du 08/09/2023

| Nom patient     | <b>M SAHLI RABIA</b> | Entrée     | Sortie     |
|-----------------|----------------------|------------|------------|
| Prise en charge | <b>PAYANT</b>        | 08/09/2023 | 08/09/2023 |

|  | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire     | Montant       |
|--|--------|------------|-------------------|---------------|
| <b>PRESTATIONS INTERNES</b>            |        |            |                   |               |
| ECG                                    | 1,00   |            | 100,00            | 100,00        |
| FRAIS CLINIQUE                         | 1,00   |            | 50,00             | 50,00         |
|  |        |            | <b>Sous-Total</b> | <b>150,00</b> |
| <b>Total Frais Clinique</b>            |        |            |                   | <b>150,00</b> |
| <b>PRESTATIONS EXTERNES</b>            |        |            |                   |               |
| PR. BENJELLOUN JAOUAD (anesthesie rea) | 1,00   | V3         | 200,00            | 200,00        |
|  |        |            | <b>Sous-Total</b> | <b>200,00</b> |
| <b>Total prestations externes</b>      |        |            |                   | <b>200,00</b> |

|   |                      |               |
|---|----------------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br><b>TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS</b> | <b>Total général</b> | <b>350,00</b> |
|   |                      |               |

Notre compte bancaire : 007 810 0004461000304070 92- ATTIJARI/WAFA BANK- RABAT

| Encaissements | Espèces |  |  |  | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------|--|--|--|----------------|-------|
|               | 350,00  |  |  |  | 350,00         | 0,00  |

مصحة آجدال  
**CLINIQUE AGDAL**  
 6, Place Talha-Agdal-RABAT  
 Tél : 05 37 77 77 (L.G.) / 05 37 67 77 77 (L.G.)  
 Fax : 05 37 67 77 11 / 12 / 13  
 Taxe prof. 25736001 / Id. fiscale 03330509  
 C.N.S.S 2209098-L.I.C.E 001657979000067

**CLINIQUE AGDAL**  
MEDICO - CHIRURGICALE  
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal  
Rabat

## Reçu de caisse

N° : 2309081333160510 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 23I081321        | M SAHLI RABIA  | 08/09/2023        |

| Mode paiement                | Références du paiement | Montant Dhs |
|------------------------------|------------------------|-------------|
| Espèce                       |                        | 350,00      |
| PAYANT                       | Total payé             | 350,00      |
| TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS |                        |             |

Reçu établi par : RAJAA

Clinique Agdal  
6, Place Tahla-Agdal-RABAT  
Tél : 05 37 77 77 77 (L.G.) / 05 37 67 77 77 (L.G.)  
Fax : 05 37 67 77 11 / 12 / 13  
Taxe prof. 25736001 / Id. fiscale 03330509  
C.N.S.S 2209098 / I.D.E 001657979000087

LOT: CA334  
EXP: 08/26  
PPC: 99.50DH

**THERAMAG®**  
**375 mg**

ثِرَامَاجْ  
**375 mg**



مغنتسيوم بحري  
+ فيتامين B6

بدون ملح - بدون سكر

كبسولة 30

**Thérapharm**  
LABORATOIRES

LOT : 230779  
EXP : 04/2026  
PPV : 152,000DH

ملغ 90  
عن طريق الفم



x 14

أقراص مغلفة

صباح زوال  
مساء مدة

أريكسيب  
إيتوريوكسيب

ARIXIB® 90 mg  
14 comprimés



COOPER  
PHARMA

6 118000 083320

# DUOXOL®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg

voie orale

Boîte de 20 comprimés

500 mg  
2 mg

33700

POLY MÉDIC

DUOXOL 500 mg / 2 mg  
Boîte de 20 comprimés

مدة من 20 فرسا

# DUOXOL®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg

voie orale

Boîte de 20 comprimés

500 mg  
2 mg

33700

POLY MÉDIC

DUOXOL 500 mg / 2 mg  
Boîte de 20 comprimés

مدة من 20 فرسا