

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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)

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 Malade

N° P19- 06492

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02830 Société : RCM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité (23248)  
Nom & Prénom : KEBDAN; Mohamed  
Date de naissance : 01/04/1950  
Adresse : Résidence EL FARZ N° 3, 1<sup>er</sup> étage, Im. Ray Hane  
Hay EL-RODS - S.A.S.A.  
Tél. : 0696582100 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zakia Soubhi  
ORL  
Polyclinique CNSS Derb Ghalef  
Casablanca

Date de consultation : 12/02/2020  
Nom et prénom du malade : KEBDAN Mohamed Age : 69 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : self  
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 : S.A.S.A. Le : 02/02/2020  
Signature de l'adhérent(e) :





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/02/2022 15048	130 2	95998	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/02/2022 29/02/22	28000 177

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
					MONTANTS DES SOINS													
					DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



LOT: 20E008  
PER: 12/2022

ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML

P.P.V: 17DH70



Le 12/02/22

17770 K. ABDOUCHE Serrino

1) Eludril

LOT: 19E007  
PER: 11/2022

ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML

P.P.V: 17DH70



17770 Bain de bouche

4 Solgar L

12400 1 jarret x 2 p

3) Doliprane Melpar 200

4000 2 cp x 8 p

4) Oeds 20

3300 1 jarret

Dr. Zakia

Polyclinique

Casablanca

LOT 190816  
EXP 01/2022  
P.P.V 99.00DH





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 :	1129105	N° SEJOUR :	200011819	<b>FACTURE N° 2002003450</b>		DATE D'ENTREE : 11/02/2020				DATE DE SORTIE : 11/02/2020	
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>KHARBOUCHE, Samira</b>					
MALADE : KHARBOUCHE, Samira 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 : 10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L.)	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 : 11/02/2020	EDITEE LE : 11/02/2020	PAR: AZEDIN	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					

Dr. Zakia Soubhi  
O.R.L.  
Polyclinique C.N.S.S Derb Ghallef  
Casablanca

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 : 875078		N° SEJOUR : 200012199		<b>FACTURE N° 2005007271</b>		DATE D'ENTREE : 12/02/2020		DATE DE SORTIE : 12/02/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>KHARBOUCHE,Samira</b>					
MALADE : KHARBOUCHE,Samira											
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	
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE ACTE DE CHIRURGIE		KC	40.00	22.50	900.00					0.00 900.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					10.30					0.00 10.30	
FOURNITURES MEDICALES					49.68					0.00 49.68	

Intervenant : 10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L)				TOTAUX :		959.98				959.98	
Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF CENT CINQUANTE NEUF DHS ET QUATRE-VINGT DIX-HUIT CENTIMES				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU:		959.98					
DATE FACTURE : 12/02/2020				EDITEE LE : 12/02/2020		PAR: MOURAD		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			

*Signature: Soubhi Zakia*  
*Stamp: Polyclinique C.N.S.S - Derb Ghallef*  
*Stamp: 10531 DR SOUBHI ZAKIA*





# COMPTE-RENDU OPERATOIRE

- **NOM PRENOM : KHARBOUCHE SAMIRA**
- **DATE DE NAISSANCE : 1960**
- **N° IPP :**
- **DIAGNOSTIC : ACCELERATION VS ET SD SEC**
- **NATURE INTERVENTION : BIOPSIE D'ARTERE TEMPORALE et BIOPSIE GLANDE SALIVAIRE**
- **DATE INTERVENTION : 12/02/2020**
- **OPERATEUR : DR ZAKIA SOUBHI**
- **REANIMATEUR :**

## **BIOPSIE D'ARTERE TEMPORALE**

Sous anesthésie locale à la xylocaïne 2% incision prétragienne droite dissection des plans sous cutanée puis dissection de l'artère temporale ligature de par et d'autre au vicryl 3/0  
Fermeture en deux plans après hémostase.

## **BIOPSIE DE GLANDES SALIVAIRES ACCESSOIRES**

Sous anesthésie locale à la xylocaïne 2% infiltration de la lèvre inférieure ablation d'un quartier d'orange de la muqueuse emportant avec elle du tissu glandulaire  
Fermeture au vicryl 3/0

DR SOUBHI ZAKIA

*Dr. Zakia Soubhi*  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef  
Casablanca