

## 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
- 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'Horizon  
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

## Déclaration de Maladie

N° W19-586789

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1247 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAMDANI Ahmed  
 Date de naissance : 21-12-47  
 Adresse : Casablanca  
 Tél. : 06 62 81 64 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/06/2023

Nom et prénom du malade : HAMDANI Ahmed

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Morsure de chien

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à :

Le :


Signature de l'adhérent(e) :

Dr. ARMEL Anwar  
Anesthésie-Réanimation  
CLINIQUE LE PARC Hermitage  
INPE: 091284885


MUPRAS  
21 JUL 2023  
ACCUEIL

VOLET ADHERENT

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/06/23	28		400,00	INP : 
28/06/23	Facture		500,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-06-2023	236,00 HT
	04/07/23	256,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

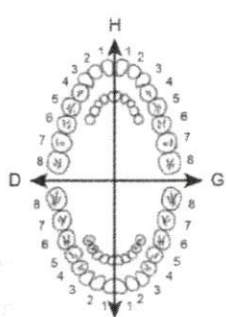
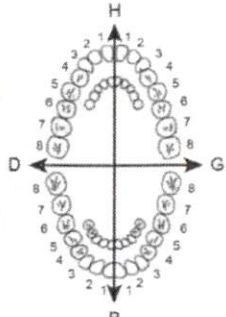
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M



مصحة الحديقة لارميطة

CLINIQUE LE PARC Hermitage

04/07/2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في .....

M. Hemdi Ahmed

126,30

- Anemeton

1x 3/2 / 02j

47,80

- Doseon

PHARMACIE DARNAJME  
Sofia NAJME  
Lot. Sofia 2 Rue Hassane, N° 7  
Hay El Hana - Casablanca  
Tél : 0522 95 15 37

82,10

1x 9/2 / 07j

- Inexium

20

256,20

1x 1/2 / 03j

SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir bnou al aouam roches  
noues casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boite 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

Chirurgie ORL  
Chirurgie maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique et  
Orthopédique  
Chirurgie viscérale  
Anesthésie - Réanimation  
Chirurgie Ophtalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Neurochirurgie  
Chirurgie Cardiovasculaire  
Radiologie - Echographie - Scanner  
Chirurgie urologique

Rosa 1 Angle Allée de  
L'Aude et rue Chant  
d'oiseaux (à côté de  
MacDonald's - Hermitage)  
Tél : 05 22 28 64 64  
Fax : 05 22 28 65 65  
Urgences : 0666 10 89 32  
Email : c-d-h@hotmail.fr  
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital  
de 200.000 DH  
I.F : 40262570  
CNSS : 8640311  
Patente : 37987981

Dr. ESSAFL Youssef  
Chirurgien Traumatologue  
304 Bd Brahim Roudani Res  
Echifae 2<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
INPE : 161169 07

1 sachet  
poudre pour suspension  
buvable

1g  
/125 mg



**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN** 1g /125 mg  
sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

... كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 126,30 DH

LOT : 651415

PER : 02/25



*pendant  
les  
cures*

# دازين 10000 ع سرابتاز



40 Comprimés enrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI



مختبرات سنتمديك

20 - 22 زقة زير بن العوام

الصخور السوداء - الدار البيضاء

40 قرصا ملبسا

مقاوم لحموضة المعدة

عن طريق الفم

Médicament autorisé N° :  
45/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV :

EXP :

Lot N° :

47.80 DH

03/25

L0216



# مصحة الحديقة لارميطة CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 26/06/2023 الدار البيضاء في

Chirurgie ORL  
Chirurgie maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique et  
Orthopédique  
Chirurgie viscérale  
Anesthésie - Réanimation  
Chirurgie Ophtalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Neurochirurgie  
Chirurgie Cardiovasculaire  
Radiologie - Echographie - Scanner  
Chirurgie urologique

Rosa 1 Angle Allée de  
L'Aude et rue Chant  
d'oiseaux (à côté de  
MacDonald's - Hermitage)  
Tél : 05 22 28 64 64  
Fax : 05 22 28 65 65  
Urgences : 0666 10 89 32  
Email : c-d-h@hotmail.fr  
Site Web : www.cdh.ma

Dr. HANDE AHAGO

(1) Auguste Ag Soul  
20/07/2023 15h30 / 17h00

(2) Deligne Ag Soul  
14/07/2023 15h30 / 17h00

SCP au capital  
de 200.000 DH  
I.F : 40262570  
CNSS : 8640311  
Patente : 37987981

PHARMACIE  
MODIBO KEITA  
728, Bd. Modibo Keita  
Tél : 05 22 82 65 24 - Casablanca

CLINIQUE LE PARC Hermitage  
مصحة الحديقة لارميطة  
Tél : (0522) 28 64 64  
Rosa 1 Angle Allée de l'Aude et rue Chant d'  
IND : 09005336

Dr. ARMELE ANTOINE  
Anesthésie - Réanimation  
CLINIQUE LE PARC Hermitage  
INPE : 09128488

buvable en suspension  
poudre pour suspension



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 222,00 DH  
LOT : 651424  
PER : 01/25



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

**Doliprane®**  
Paracétamol

**1000 mg**

10 Comprimés sécables

**DOULEURS & FIEVRE**



PPV:14DH00  
PER:04/26  
LOT:M812



# CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

## F A C T U R E

N° : 1391 / 2023 du 27/06/2023

Nom patient **HAMDI AHMED**  
**PAYANT**

Entrée 27/06/2023  
Sortie 27/06/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PLAIE DE JAMBE	1.00		500.00	500.00
			<i>Sous-Total</i>	500.00
<b>Total Clinique</b>				<b>500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	500.00
CINQ CENTS DIRHAMS		

**CLINIQUE LE PARC HERMITAGE**  
Facturation  
Rosa 1 Angle Me de l'Aude al Parc d'Orléans  
(A Côté de McDonald's Hermitage - Casablanca)  
Tél : 0522 28 64 64 - 0522 28 65 65

# CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

## F A C T U R E

N° 695 / 2023 du 26/06/2023

Nom patient	AHMED HAMDI	Entrée	Sortie
		26/06/2023	26/06/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Frais Clinique				50,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. ARMEL ANWAR (urgence)	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total prestations externes				350,00

	Total général	400,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENTS DIRHAMS		
0.00		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	400,00	400,00	0,00

Ref Chq : BMCI 2511893/

**CLINIQUE LE PARC HERMITAGE**  
 Facturation  
 Rosa 1 Angle Allée de l'Aide et Rue Chant d'Oiseau  
 (A Côté de MacDonald's Hermitage - Casablanca)  
 Tél : 0522 28 64 64 - 0522 28 65 65

Le : 26/06/2023

Références

695 / 230627100431010116

PAYANT

Entrée / Sortie : 26/06/2023 - 26/06/2023

Le Dr. ARMEL ANWAR

présente à Mr AHMED HAMDİ

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
350,00 Dhs (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. ARMEL Anwar  
Anesthésie Réanimation  
CLINIQUE LE PARC Hermitage  
INPE: 091284885

Cachet et signature



**Bon de Reçu**

N° 0021590

Nom et Prénom du Malade :

HANDE AHMED

Médecin Traitant : Dr.

N° Dossier :

Date

10/07/2023

Acte Réalisé :

Montant :

100,00 dh

**CLINIQUE LE PARC HERMITAGE**  
**Caisse**

Signature du Medecin



**Bon de Reçu** N° 0020538

Nom et Prénom du Malade : **HAMDI AHMED**

Médecin Traitant : Dr. \_\_\_\_\_

N° Dossier : \_\_\_\_\_ Date **1/07/2023**

Acte Réalisé : **Pulst**

Montant : **100 DH**

Signature du Médecin

**CLINIQUE LE PARC Hermitage**  
مصحة الحديقة لارميطة

Tel : 05 22 28 64 64

Rosa 1 Angle Allée de L'Aude et rue Chant d'oiseaux (à côté de MacDonald's - Hermitage)  
Tél. : 05 22 28 64 64 - Fax : 05 22 28 65 65 - Urgences 06 66 10 89 32  
Email : c-d-h@hotmail.fr - Site Web : www.cd.h.ma