

## 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 |

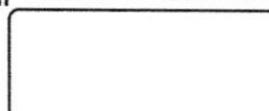
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-710712

198326

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	03397	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DEBBAGH Naima			
Date de naissance :	03-04-60		
Adresse :	Rue Patrice Lumumba, RES SERENA PARK, VILLE VERTE		
Postcode :	10100		
Tél. :	0661137692	Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	1/03/2024
Nom et prénom du malade :	HAFID MOHAMED
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	PERICARIE
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.	

  
ACCUEIL KH. HAMMI

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

Le : 03/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Rés. les joyaux de Boisnure, Imme. C.N° 1 Villa Verte - Casablanca Tél. 0524 511077 - Gsm 0693 54247 T.F. 062815451054074 IRANNE MOUNA	16/01/2021	4961.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
17/01/21 S. J. Valente	19/01/2021	OPHTALIA S.A.R.L. 19, Rue Léonard El Maâoui Bab Ezzouar - Casablanca - Maroc Tél: +212 52 86 29 13 Fax: +212 52 86 27 77 Réf: 00154605600008 N° SE: 00154605600008				0,00 Dhs	

**VOLET ADHÉRANT**

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Aziz CHAFIQ**

**NEUROCHIRURGIEN**

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد



16/01/2024

الدار البيضاء، في

1	Fleximox	149,00	AS	LOT: 2309029 FAB: 09/2023 EXP: 09/2026 PPV: 149.000H
2	Myoflex	90		GTIN: 06118001260850 LOT: 4073 MFG: 10 2022 EXP.: 10 2025 PPV: 940hs00
3	Lyrica	50,60		PPV LOT PER
4	Dulastan	37,00	AS	Lyrica® 25 mg - 56 gélules PPV : 141,10 DH
5	Duloskin	37,00		DULASTAN® 500 mg / 2 mg Boîte de 20 comprimés 6 118001170647

51، شارع رجال المساكي - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

نوع من 20 قرصاً

b/ Trouwol B  
25.00 1 X 37 W dant  
S 4

Dur 01-11-2

plusieur

PPV: 25DH00  
PER: 07/28  
LOT: M2577

Dr. AZIZ CHAFIQ  
Neurochirurgien  
51, Bd Rahel EL MANSOURI, Casablanca  
Tél.: 0523 54 02 60



T: 496.40

**Docteur Aziz CHAFIQ**

**NEUROCHIRURGIEN**

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-Vous

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, Le .....

١٦/٠٧/٢٠٢٤

الدار البيضاء، في

J-<sup>m</sup> HNE ANDALOUS  
 Al Chou  
 tenu rééducatif complémentaire  
 pour renforcer le recouvrement  
 d'un travail à主要从事  
 de tout (03) heures  
 par jour  
 de danger (02) heures  
 NB: HD Co Dr et CGAG  
 51, Bd Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 05.22.44.31.77  
 Casablanca  
 Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77  
 51, Bd Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 05.22.44.31.77  
 Casablanca  
 Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

51 ، شارع رحاب المكنيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 05.22.44.31.77 Casablanca

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 Casablanca

Dr. AZIZ CHAFIQ

Neurochirurgien

Casablanca

**Docteur Aziz CHAFIQ**  
**NEUROCHIRURGIEN**

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-Vous

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

16 01 2024  
Casablanca, Le ..... الدار البيضاء، في

D : 4747 AND 001881  
Aziz  
Collar cervical  
nigra de toll  
moy.



**Dr. Aziz CHAFIQ**  
Neurochirurgien  
51, Bd Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: 05.22.54.02.60

51 ، شارع رحال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء  
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA  
الهاتف : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77



Nous avons reçu Mme HSSIEJ Aicha au niveau du CENTRE DE KINESITHERAPIE LA VILLE VERTE pour 12 séances de rééducation suite à une cervico-laryngie suivant le calendrier ci-dessous :

SEANCE	DATE
1	07/02/2024
2	09/02/2024
3	12/02/2024
4	14/02/2024
5	16/02/2024
6	19/02/2024
7	21/02/2024
8	23/02/2024
9	26/02/2024
10	28/02/2024
11	01/03/2024
12	04/03/2024

Fait à Casablanca le 04/03/2024

**ESSALMI Ibtissam**  
Centre De Kinésitherapie  
La Ville Verte  
06 63 41 22 15 - 05 20 43 76 49  
Lotissement Andalous III, GH6A  
Immeuble 6, Apt 3 - Bouskoura



Centre De Kinésithérapie La Ville Verte

FACTURE

N°13/2024

Nom et prénom du patient : Mme HSIÉS Aicha

Pathologie : cervicologie

Médecin traitant : Dr. AZIZ CHAFIQ

Nombre de séances : 12 Séances

Prix unitaire /séance : 150,00 Dhs

Montant total : 1800,00 Dhs

Fait à Casablanca le 04/03/2024

**ESSALMI Ibtissam**  
Centre De Kinésithérapie  
La Ville Verte  
~~06 63 41 22 15 - 05 20 43 74 49~~  
Lotissement Andalous III, GH6A  
Immeuble6, Apt 3 - Bouskoura



## Centre De Kinésithérapie La Ville Verte

### DEVIS

Nom et prénom du patient : Hme ANDALOUSSI

Pathologie : cervicalgie

Médecin traitant : Dr. AZIZ CHAFI Q

Nombre de séances : 12 Séances

Prix unitaire /séance : 150,00 Dhs

Montant total : 1800,00 Dhs

Fait à Casablanca le 18/01/2024

**ESSALMI Ibtissam**  
Centre De Kinésithérapie  
La Ville Verte  
06 63 41 22 15 - 05 20 43 34 69  
Lotissement Andalous III, GHSA  
Immeubles, Apt 3 - Bouskoura

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 19.../01./20.24

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... E-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M... **ANDAL OUSSI**

Nécessite **12 Séances de rééducation**

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) **3 séances par semaine**

Une hospitalisation de (approximatif) ....

A (préciser l'établissement hospitalier) .....

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

*Cernicalgie*

*ESSALMI Ibtissam  
Centre De Kinésithérapie  
La Ville Verte  
65412215 - 0520 43 74 49  
Bâtiment Andalous III, CHGA  
Sous les Apts 3. Bouskoura*

Cachet, date et signature du praticien

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

# FACTURE



N° de pièce: FA2400169 Date: 17/01/24

Client: CLI000420

Référence:

**CLIENT COMPTOIR PARA**

Remarque:

MME ANDALOUSI AICHA HJAIJ

Référence	Désignation	Qté	PU HT	Mont HT
PVEDEXA-COLL	COLLIER NELSON M	1,00	75,00	75,00
Total HT	TVA	Total TTC	Total Qte	NET A PAYER
75,00	15,00	90,00	1,00	90,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
Quatre-vingt-dix Dirham

OPHTALIA S.A.R.L.  
19, Rue Lahcen El Attaouia  
Rés. Hamra Oujda des Hôpitaux - Casa  
Tél. 0522 86 57 75 / 0522 86 39 13  
Fax 0522 86 57 76 - ICE : 00154105800069

**Ophtalia**

19 Rue Lahcen Al arjoune Rés Hamza  
 20360- Casablanca Maroc  
 Tél 0522 86 57 75/39 13 Fax 0522 86 57 76  
 Email : ophtalia1@gmail.com