

## 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'Horloge 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° W21-710712

190326

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03397 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH Mohammed

Date de naissance : 03-04-60

Adresse : Rue Patrice LUTUMBA, RES SERENA PARK, VILLE VERTE

BORDJ BOUKOURA

Tél. : 0661137692

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HKEJ ADHLOUK

Age : 38

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

Nature de la maladie : CERVICALE

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 : Casablanca Le : 05/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
	16/01/2024	496,10

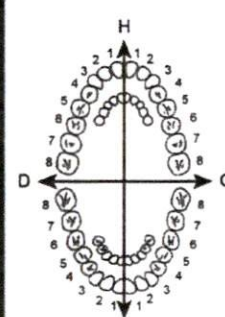
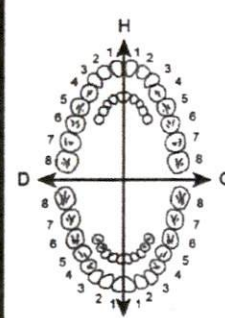
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17/01/2024					910 DH

12 Séances de Rééducation 1800 DHs

04/03/24

VOUET ADHERENT

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 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			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"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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)

Sur Rendez-Vous



الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ  
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

16 01 2024

الدار البيضاء، في

1/ Fleximax 149,00



LOT: 2309029  
FAB: 09/2023  
EXP: 09/2026  
PUC: 149.000H

2/ Myoflex 94,00 1x2

10,60

1x3

3/ Par B 141,10

4/ Lyrica 37,00

5/ Duloste 1x2



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4073  
MFG: 10/2022  
EXP: 10/2025  
PPV: 940hs00



Lyrica® 25 mg - 56 gélules  
PPV: 141,10 DH



6 118001 170647

DULASTAN® 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés  
37,00

51 شارع رجال المسكني - 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



6/ Tromol 80  
25.00

1 X 37



W doul

plusse

Dur: 01 - 1/2

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

T: 496.70

Dr. Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgien  
St. Bd Rahal El Mekini - Casablanca  
Tél.: 05 22 54 02 60



**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 سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, Le 16 09 2024 في الدار البيضاء

1- HPE ANDALUSIA  
Acta

soni recédant faible  
pour remplir le rectum  
universal à pour

de trois (03) perus  
pour rembourser le  
de douze (12) perus  
NB: HD Co L et C6 C4 C5

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

Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77

**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 سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, Le 16 01 2024 في الدار البيضاء،

Dr. Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgien  
Collier cervical  
de taille  
moyenne

OPHANTAS S.R.L.  
Rég. au Tribunal de Commerce de Casablanca  
51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: 05 22 44 31 77 / 05 22 44 31 78  
Fax: 05 22 44 31 75 / 05 22 44 31 76  
ICE: 00154103000008

**Dr. Aziz CHAFIQ**  
Neurochirurgien  
51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: 05 22 44 31 77 / 05 22 44 31 78

51, شارع رجال 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 M<sup>me</sup> **HJIEJAicha** au niveau du CENTRE DE KINESITHERAPIE LA VILLE VERTE pour 12 séances de rééducation suite à une **cervicopogie** suivant le calendrier ci-dessous :

SEANCE	DATE
1	07 102 / 2024
2	09 102 / 2024
3	12 102 / 2024
4	14 102 / 2024
5	16 102 / 2024
6	19 102 / 2024
7	21 102 / 2024
8	23 / 02 / 2024
9	26 102 / 2024
10	28 102 / 2024
11	01 103 / 2024
12	04 103 / 2024

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  
Immeuble 6, Apt 3 - Bouskoura



Centre De Kinésithérapie La Ville Verte

## FACTURE

N°13/2024

Nom et prénom du patient : Mme HJIEJ 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  
Immeuble 6, Apt 3 - Bouskoura





## Centre De Kinésithérapie La Ville Verte

### DEVIS

Nom et prénom du patient : Hme ANDALOUSSI

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 18/01/2024

**ESSALMI Ibtissam**  
Centre De Kinésithérapie  
La Ville Verte  
06 63 41 22 15 - 05 20 43 74 69  
Lotissement Andalous III, GH6A  
Immeuble 6, Apt 3 - Bouskoura

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 19... / 01... / 2024

### 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. ANDALOUSSI  
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):

Cervicalgie

Cachet, date et signature du praticien

**ESSALMI Ibtissam**  
Centre De Kinésithérapie  
La Ville Verte  
063 41 22 15 - 05 20 43 74 49  
Quartier Andalouss III, C.N.6A  
Boulevard Apt 3 - Bouskour

### 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.



## Ophthalia

19 Rue Lahcen Al arjounne Rés Hamza

20360- Casablanca Maroc

Tél 0522 86 57 75/39 13 Fax 0522 86 57 76

Email : ophtalia1@gmail.com

N° de pièce:

FA2400169

Date:

17/01/24

**Client:**

CL1000420

**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				75,00
TVA				15,00
Total TTC				90,00
Total Qte		1,00		
NET A PAYER				90,00

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

**OPHTHALIA S.A.R.L.**  
19, Rue Lahcen El Kacem  
Rés. Hamza Oued des Hariaux - Casa  
Tél : 0522 86 57 74 - 0522 86 39 13  
Fax : 0522 86 57 74 - ICE : 00154105800000