

# 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 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



Déclaration de Maladie 2035873

N° P19-0025873

Pour complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01630 Société : Mupras

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL Hamzaoui Zabia

Date de naissance : 4-11-1950

Adresse : 21, Rue Najib Mahfoud - Gantier Casa

Tél. : 0610 81 38 48 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : 29 / 06 / 20

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible]

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

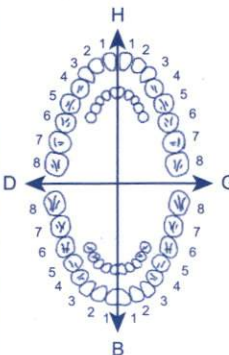
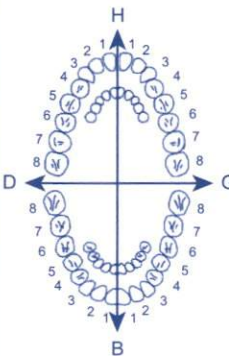
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

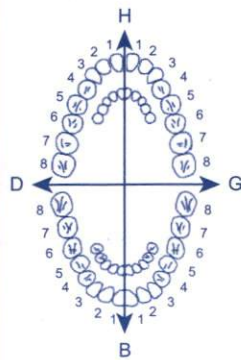
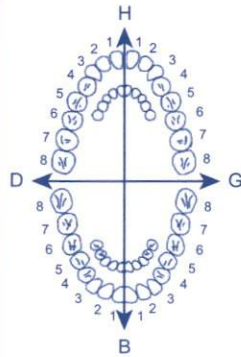
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**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									
					Coefficient DES TRAVAUX								
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<div style="text-align: center;"><b>H</b><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><span><b>D</b></span><span><b>G</b></span></div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><b>B</b></div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	<div><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				MONTANTS DES SOINS								
					DATE DU DEVIS								
					DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

000192165626

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 29/03/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 192165622 Règlements de la période du : 29/03/2024 : من au : 29/03/2024 : إلى		Destinataire المرسل إليه MTIRI SAID MJIDOU	

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقذتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
MTIRI SAID MJIDOU											
94061502	05/03/2024	C132	Clinique Privée	4800,00	2600,00	1,00	1,00	2600,00	95,00	29/03/2024	2470,00
94061502	05/03/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES	126,60	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	29/03/2024	120,27
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											2590,27
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											2590,27

- Sauf erreur ou omission

. ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :  
 merci de visiter notre site Web  
 ou le portail des assurés  
 ou l'application mobile  
 ou appeler notre serveur vocal au numéro  
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma  
 www.cnss.ma/Portail/  
 « Ma CNSS »  
 080 20 30 100  
 080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:  
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
 أو تطبيق الهاتف  
 أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكلر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 73  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02\_28.03.2018





CLINIQUE RACHIDI  
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE

LASER CO<sub>2</sub>-ARGON-YAG

SCANNER SPIRALE

IMPLANTATION COCHLEAIRE

DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري

جراحة الأذن والأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

جراحة أمراض العيون

الإنعاش الطبي والجراحي

جهاز الليزر

جهاز السكتات الدماغية

زرع قوقعة الأذن

التشخيص والتحليلات

مصلحة  
الراشدي

090003716

N°: 158093 / 2024 du 05/03/2024

Nom patient

MTIRI MJIDOU SAID

Casablanca, le :

PAYANT

Entrée

05/03/2024

Sortie

05/03/2024

PR. KADIRI FATMI 2 (O R L)

LAMBEAU

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00		400.00	400.00
SALLE OPERATION	60.00	K	20.00	1 200.00
			Sous-Total	1 600.00
PHARMACIE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Clinique				1 900.00

DR. BENNIS RACHID (anesthésiste)	1.00	AREK30	700.00	700.00
PR. KADIRI FATMI 2 (o r l)	1.00	K	2 200.00	2 200.00
			Sous-Total	2 900.00
Total Autres prestations				2 900.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	4 800.00
QUATRE MILLE HUIT CENTS DIRHAMS		

05 MAR. 2024  
Payé le : .....  
Par CHQ N° 3697321  
Tiré : .....  
Montant : 4800

CLINIQUE RACHIDI  
43 Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél: 05 22 29 48 36 / 37  
Fax: 05 22 22 03 57

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente : 35504150 - ICE : 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57 -Email : rachidi@cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البثاقا: 35504150

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس: 05 22 22 03 57 www.cliniquerachidi.com

# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	MTIRI MJIDOU SAID	N° Facture :	158 093	158093
-------------	-------------------	--------------	---------	--------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BETADINE BLEUE 125 ml Solutio (01)	1	15.99	15.99
LIDOCAINE 2 % INJECTA (01)	1	16.50	16.50
SERUM SALE 0.9 500ML INJECTA (12)(1)	1	16.67	16.67
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE SOL MAS (01)	1	22.50	22.50
Sous-Total médicaments			71.66
GAZE 87/7.5X7.5 p10 (870)(1)	5	0.52	2.60
PANSEMENT G.M (001)	1	200.00	200.00
SERINGUE 20CC (050)(1)	1	2.40	2.40
SOIE 0 CT 3/8 30MM (036)(1)	2	11.67	23.34
Sous-Total consommable médical			228.34
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	300.00

CLINIQUE RACHIDI  
40, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tel: 05 22 22 43 36 / 37  
Fax: 05 22 22 03 57

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 05/03/2024

Références 158 093 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/03/2024 - 05/03/2024

Le Dr. BENNIS RACHID

présente à Mr MTIRI MJIDOU SAID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
700.00 Dhs SEPT CENTS DIRHAMS

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

**Dr. BENNIS Rachid**  
Anesthésiste - Réanimateur  
43, Bd. Rachidi Casablanca  
INPE : 091026633

Cachet et signature

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 05/03/2024

Références 158 093 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/03/2024 - 05/03/2024

Le Pr. KADIRI FATMI 2

présente à Mr MTIRI MJIDOU SAID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
2 200.00 Dhs DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

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

**Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI**  
Professeur ORL Chirurgie Maxillo-Faciale  
Chirurgie Plastique et Reconstructive  
Angle Bd Rachidi - Casablanca  
Tél: 05 22 23 30 27 / 05 22 23 63 00  
INPE : 091033779

**Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI**  
Professeur (O.R.L.) - Chirurgie Maxillo-Faciale  
Chirurgie Plastique et Reconstructive  
Angle Bd Rachidi - Casablanca  
Tél: 05 22 23 30 27 / 05 22 23 63 00  
INPE : 091033779

Cachet et signature

**CLINIQUE RACHIDI**  
**OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE**  
**43 bd RACHIDI**

Tel 022 22 17 96  
Casablanca

### BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>MTIRI MJIDOU SAID</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>KADIRI FATMI 2</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>05/03/2024</b>	
Date sortie	<b>05/03/2024</b>	<b>15:23</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : <b>HAMMAD</b> 05/03/2024 16:13 158093		

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tel: 05 22 22 48 36 / 37  
Fax: 05 22 22 03 57



# Docteur KADIRI Mohamed El FATMI

Professeur

Ancien Chef de Service – ORL – Chirurgie Maxillo-faciale  
Chirurgie plastique et Reconstructive de la face  
Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien Directeur du Diplôme Universitaire de Ronflement  
Diplômé de l'Université de Bordeaux

Casablanca, le : 05/03/2024

CLINIQUE RACHIDI

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et prénom : Mr. MTIRI SAID MJIDOU

Date de naissance : 01/06/1947

Chirurgien : Professeur Fatmi KADIRI

Anesthésiste : DR R. BENNIS

Date de l'intervention : 05/03/2024

### COMPTE RENDU OPERATOIRE

MOTIF :

INTERVENTION :

patient opéré pour Tumeur  
musculaire du Cœur de la cheville  
laissée pour cicatrisation dirigée  
os crânien à un, Nécrose  
de la cheville de conversion par lambeau local  
- Abaissement local par lambeau  
de transposition à pédicule part  
pour conversion d'une perte de substance  
du Cœur de la cheville avec d'un  
et Nécrose de cicatrisation  
Nécrose - Lambeau

DR. KADIRI MOHAMED EL FATMI  
Professeur  
ORL - Chirurgie Maxillo-faciale  
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la face  
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Rés. 1  
Tél : 05 22 23 30 27 / 05 22 23 63 98



le 20/12/24

Mr MARI SMID Myzoum

refuse Epitheliomé

Lambeau local

Mr Bloc : Thursday 28/12/24

AL + parastomal 12h

Report au  
Mardi 08/03/24



Docteur KADIRI Mohamed EL FATIMI

Professeur

Ancien Chef de Service

ORL - Chirurgie Maxillo - Faciale

Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face

Ex. Enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca

Ancien Directeur du Diplôme

Universitaire du Ronflement

Diplômé de l'Université de Bordeaux

الدكتور القادري محمد الفاطمي

أستاذ

رئيس مصلحة سابقا

أمراض الأنف والأذن والحنجرة

جراحة الفك والجراحة التكوينية للوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

مدير سابق لدبلوم الشيخير

دبلوم من جامعة بوردو

Casablanca, le : 05 03 2004 : الدار البيضاء في

Mr - Mme - Enfant : M. S. Said M. J. J. J.

116,40

- Floxam gelule 500mg

1 gelule x 3j p 8j

- Dolostop 500mg

10,20 1 cp x 3j



Dolostop® 500mg  
Boîte de 20 comprimés



6 118000 093022

Dr. KADIRI Mohamed EL FATIMI  
Professeur  
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale  
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face  
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Rés. Mawlid IV  
Tél : 05 22 23 30 27 / 05 22 23 63 98



6 118000 031420

196,60

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H. EL ARAKI  
Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual  
Tél : 022-36-54-39

Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, Résidence Mawlid IV Entrée A  
3 ème Etage A31 - Casa - Tél.: 05.22.23.30.27- Tel./Fax: 05.22.23.63.98





