

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

- Reclamation : 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° M21- 042396

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 68281
Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD
Date de naissance : 10/07/1959
Adresse : 107 le colline I N°24
Tél. : 0666 87 2659 Total des frais engagés : 30 + 100.6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02/07/2021
Nom et prénom du malade : BENTAHILA SAAD Age : 61 ans
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 : Casablanca Le : 02/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : 2104 Ben

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
27/04/2021	21/04/2021		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE Sur parking CARREFFOUR Sidi Maarouf (Ancien Mekro) Casablanca - Tél.: 05 22 33 54 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp : 06 62 12 38 18 RC: 266958 - Pat: 36103109 - IF: 50731792 - CNSS: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr	27/04/2021	308,50
PHARMACIE DE LA COLLINE Sur parking CARREFFOUR Sidi Maarouf (Ancien Mekro) Casablanca - Tél.: 05 22 33 54 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp : 06 62 12 38 18 RC: 266958 - Pat: 36103109 - IF: 50731792 - CNSS: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr	21-04-21	693,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Praticien	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	

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 canalaires, 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>(Création, remont, adjonction) 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



Docteur MEZIANE EL MAHDI
Docteur MEZIANE MUSTAPHA
Docteur MEZIANE ANAS
Docteur MEZIANE AMINE

الدكتور مزيان المهدي
الدكتور مزيان مصطفى
الدكتور مزيان أناس
الدكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية التناسلية

ORDONNANCE

07/04/2021

Casablanca, le :

Mr. BENTAHILA Saad

CONFIFLO 0,4 MG

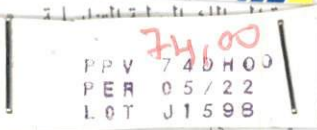
1 cp le soir x 1 mois

URISPAS

1 cp x 2 / jour x 30 jours

TRE-ZEN 20 mg

1/2 cp le soir x 1 mois



PHARMACIE DE LA COLLINE
S. CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Malmaison)
Casablanca - Tél.: 05 22 33 01 77 / 05 22 33 59 53
WhatsApp: 06 62 12 38 18
06 66 66 66 - Tél: 36103109 - Fax: 50731792 - CIBS: 1213492
CE: 00048382000044 - Email: paracetamol2011@orange.ma

Dr. MEZIANE Mustapha
Chirurgien - Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
Tél.: 05 22 20 14 40 - Casablanca



CONTIFLO®

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voy. orale

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voy. orale

0.4 mg

ORDONNANCE

21/04/2021

LOT : 6841
UT. AV : 01-24
P.P.V : 108 DH 00

جرا

Mr. BENTAHILA Saad

Casablanca, le :

LOT : 6841
UT. AV : 01-24
P.P.V : 108 DH 00

العلاج
تفتيت
الجرا-

CONTIFLO 0,4 MG

109,70 x 2 1 cp le soir x 2 mois

LOT : 6841
UT. AV : 01-24
P.P.V : 108 DH 00

جراحة
الاجرة

VECA 5

108 x 4 1 cp x 2 / jour x 2 mois

LOT : 6841
UT. AV : 01-24
P.P.V : 108 DH 00

جراحة النساء
الاجرة

LIBRAX

81.00 1 cp le soir x 2 mois

SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

Dr. MEZIANE ANAS
Chirurgien Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
CASA TEL: 05 22 20 14 40

LOT: 21067 PER: 02/2024
PPU: 21.00 DH

LOT: 21067 PER: 02/2024
PPU: 21.00 DH