

# 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.

## Biologie 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 068730 CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0303 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKKAL LAHCEH

Date de naissance : 08.06.1938

Adresse :

Tél. : 065655564 Total des frais engagés : 1994.20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2021

Nom et prénom du malade : BAKKAL LAHCEH Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ASSURANCE 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 : 13/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-068730

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0303

Nom de l'adhérent(e) : LAHCEH BAKKAL

Total des frais engagés : 1994.20

Date de dépôt :



# 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
13/04/2021			3009	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/04/21	3.62 + PC 1.5	8 94,20

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13/04/2021					800,00

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

13/04/2021

Casablanca, le : .....

**Mr. BAKKAL Lahcen**

جراحة المسالك البولية التناسلية  
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تقطيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية  
CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية  
REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تقطيت الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADIOLOGIE

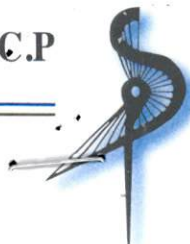
SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

Lavement évacuateur

Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
CLINIQUE LA SOURCE  
CASA-Tél. 05 22 20 14 40

Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
Clinique la source - Casa  
Tél. : 05 22 20 14 40





ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/04/2014

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري

lithotritie تقطيع الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع

الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES

SPECIALITES MEDICALES

مركز تقطيع الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE

EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Dr. Meziane Anas

Dr. Meziane Anas

Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
Clinique La Source - Casa  
Casablanca 2014 40



ORDONNANCE

13/04/2021

Casablanca, le : .....

**Mr. BAKKAL Lahcen**جراحة المسالك البولية التناسلية  
UROLOGIEendo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصىالجراحة العامة والمنظارية  
CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIEجراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUEجراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUEالانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية  
REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALESمركز تفتيت الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLEمركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADIOLOGIESCANNER  
RADIOLOGIE STANDARDNFS  
Créatinine  
Ionogramme sanguin  
PSADr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
CLINIQUE LA SOURCE  
CASA-Tél. 0522 201440Dr. BOUZOUBAA Abderrahim / Biologiste  
مختبر بوزوبع للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'Analyses Médicales et Scientifiques  
11 Bd. Zerkouni Rési. Tarfaya Casablanca  
Tél: 0522 27 19 20 / 0522 26 57 43



مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'analyses médicales et scientifiques

إقامة طرفاية 11 شارع الزرقطوني البيضاء - الهاتف : 05 22 26 57 43 - 05 22 27 19 20  
RESIDENCE TARFAYA : 11, BD ZERKTOUNI - CASA - Tél. : 05.22.27.19.20 / 05.22.26.57.43  
Email : laboratoire.bouzoubaa@gmail.com الفاكس : 05 22 22 94 25

Casablanca le mercredi 14 avril 2021 Monsieur BAKKAL LAHCEN

FACTURE N°

210187

Analyses : 13/04/21

Numération formule sanguine -----	B	80	
Ionogramme sanguin -----	B	160	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
PSA total -----	B	300	Total : B 630

Prélèvements :

Sang----- Pc 1,5

Déplacement + 30 Dh

TOTAL DOSSIER

894,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Quatre vingt Quatorze Dirhams et Vingt Centimes

Dr. BOUZOUBAA Abderrahim / Pharmacien  
مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'Analyses Médicales et Scientifiques  
11 Bd. Zerkouni - Rés. Tarfaya - Casablanca  
Tél: 0522 27 19 20 / 0522 26 57 43

Abderrahim BOUZOUBAA

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des CHU de France

CES hématologie, bactériologie

Virologie, parasitologie, mycologie et pathologie médicale

R.C. : 195994 - C.N.S.S. : 1207291 - I.F. : 42000050 - Patente : 36300170 - ICE : 001553918000012

عبد الرحيم بوزوبع

صيدلي بيولوجي

داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

إختصاصي في التحليلات الطبية والعلمية : علم الدم، علم المناعة

علم الأحياء الدقيقة، علم الطفيليات وعلم الأمراض الطبية



مصحة المنبع  
CLINIQUE LA SOURCE

14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)  
Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca  
RDV de Consultation d'Urologie (1ere Etage)

Tél. : 05 22 20 14 42 / 43

Tél. : 05 22 20 14 40 / 41

**Fax : 05 22 20 13 99**

[www.cliniquelasource.ma](http://www.cliniquelasource.ma)

E-mail : [contact@cliniquelasource.ma](mailto:contact@cliniquelasource.ma)

## Service Consultation

- Reçu de

- La somme de

## VISA Caisse

Date:

Date: 13/04/2024



14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)

Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca

Tél. : 05 22 20 14 40 /41 - Fax : 05 22 20 13 99

RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42/43

www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma



14, زنقة تقي الدين (برن سابقا)

حي المستشفيات 20000 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 14 40/41 - فاكس : 05 22 20 13 99

موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف : 05 22 20 14 42/43

الموقع الإلكتروني : www.cliniquelasource.ma - البريد الإلكتروني : contact@cliniquelasource.ma

## FACTURE

N° : 1766 / 2021 du 13/04/2021

Nom patient **BAKKAL LAHCEN**

Entrée 13/04/2021

PAYANT

Sortie 13/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SONDAGE	1,00		300,00	300,00
LAVEMENT EVACUATEUR	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	800,00
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total

800,00

