

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-496008

75744

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0716

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMECHKA Kabbour

Date de naissance : 20-10-1948

Adresse : Lot Uina N° 207, Sidi Naârov 6

Casablanca

Tél : 06 612 17 118

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MEZIANE Amine

Chirurgien Urologue

Clinique La Source - Casa

Tél : 05 22 20 14 02

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/21

Nom et prénom du malade : BOUMECHKA KABBUR

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Urologique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
25/05/11	3	Montant détaillé des Honoraires	INF: 091837184

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25-5-11	390,62
	25/06/11	187,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

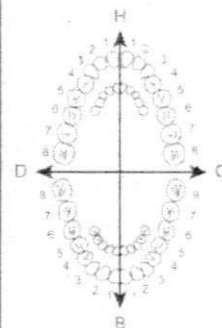
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

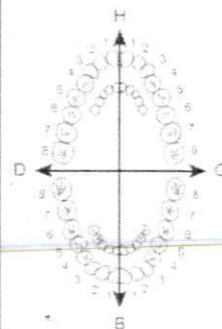
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H			
05533410	01433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533-111	11433353		
	B		

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

25/05/2021

Casablanca, le :

Mr. BOUMECHKA Kabbour

جراحة المسالك البولية التناسلية
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري
lithotritie تفتيت 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 تفتيت الحصى
CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

TERAZOSINE Normon 2mg

1 cp le soir x 1 mois

PERMIXON 160 MG

1 gélule x 2 / jour x 30 jours

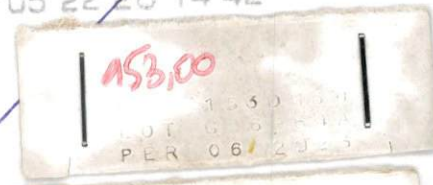
Dr. MEZIANE Amine
Chirurgien Urologue
Clinique La Source - Casa
Tél. 05 22 20 14 42

LOT: 12720003
PER: 01/2023
PPU: 42,30 DH

Tenir hors de la portée et de
Pas de précautions particulières

LOT: 12720003
PER: 01/2023
PPU: 42,30 DH

Tenir hors de la portée et
Pas de précautions particulières





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

44 P

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

02/06/2021

Casablanca, le :

Mr. BOUMECHKA Kabbour

TERAZOSINE Normon 2mg

1 cp le soir x 1 mois

DOXYMYCINE 200 MG

1 cp le soir au milieu du repas x 10 jours

CLOFENE 50MG

1 cp x 3 / jour x 3 jours
puis 1 cp x 2 / jour x 7 jours

LOT: 12720003
PER: 01/2023
PPV: 42,30 DH

Tenir hors de la portée et

LOT: 12720003
PER: 01/2023
PPV: 42,30 DH

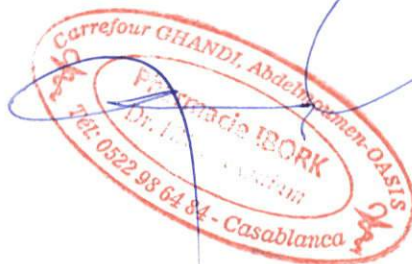
Tenir hors de la portée et

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersibles
PPV 70DH00 EXP 09/2022
LOT 09038 1

PPV
LOT
PER

32,90

Dr. MEZZIANE Amine
Chirurgien Urologue
Clinique Clinique La Source - Casablanca
Tél. : 05 22 20 14 42



42,30 x 2

70,00

32,90

177,50