

# 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

- Reclamation : [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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0003458

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RIMAOUI RAMAL

Date de naissance : 1943

Adresse : DEROUA

Tél. 0607441028

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JAN 2024

Nom et prénom du malade : M. RAMAL

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

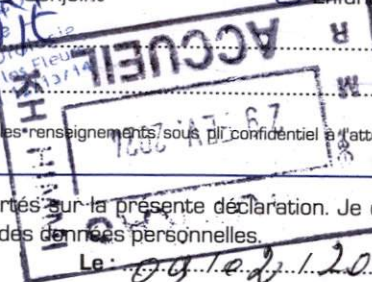
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05 JAN 2024

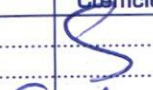
Signature de l'adhérent(e) :

Centre d'Urologie  
Professeur Saad BENJELLOUN  
Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerkoubi, Résidence Les Fleurs  
Casablanca - Tél. : 0522 00 01 12/13/14





## 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
9 JAN. 2024			3000H	 Dr. Saad BENJELOUN Professeur Urologie - Chirurgien Urologue - Chef du Service d'Urologie 59, Boulevard de la République - 0522 88 01 12/13/14
29 JAN. 2024				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



30  
01  
24

922.60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

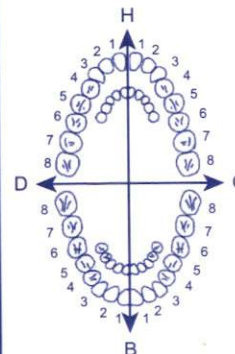
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D 00000000 G  
 35533411 11433553  
 B

(Création, remont, adjonction)

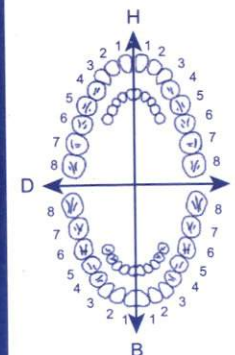
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Casablanca le 30 JANVIER 2024

Monsieur RIMAOUI RAHAL

106,80 x 7  
4,20 x 7  
TRIAXON (1 g)

une injection intramusculaire tous les jours pendant sept jours

131,60  
Spectrum 500 mg

un comprimé le matin et le soir après manger pendant 10 jours

14,00  
Doliprane (1000 mg)

un comprimé le matin et le soir pendant sept jours.

922,60

Professeur Saad Benjelloun  
Centre d'Urologie  
Professeur Saad Benjelloun  
Chirurgien Urologue  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

N°I.C.E :001638312000001

Handwritten red text, possibly a date or signature, located in the center of the page.

PPV: 14DH00  
PER: 10/26  
LOT: M3405



A yellow rectangular label with a white curved bottom edge. It contains three lines of black text and a barcode. A small metal pin is visible on the right side of the label.

Spectrum<sup>®</sup> 500<sub>mg</sub>  
Ciprofloxacin 20 Comprimés



6 118000 081937

A white rectangular label with a yellow curved bottom edge. It contains the product name 'Spectrum' and '500mg' in bold, followed by 'Ciprofloxacin 20 Comprimés' in smaller text. Below this is a barcode and the number '6 118000 081937'. A small metal pin is visible on the right side of the label.



لحقن للحقن

11 امبولة

مدة	صباح	زوال	مساء

TRIAXON® I.M.

1g/3.5ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOPER  
PHARMA

LOT: V-04-3

PER: 03-2026

PPV: 106,80DH

756.135.09.19



لحقن للحقن

+ 1 أمبولة

مدة	صباح	زوال	مساء

**TRIAXON® I.M.**

**1g/3.5ml**

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



**COOPER**  
PHARMA

LOT: V-04-3

PER: 03-2026

PPV: 106,80DH

756.135.09.19





لحقن للحقن

11 أمبولة

مساء	زوال	صباح	مدة

**TRIAXON® I.M.**

1g/3.5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



**COOPER**  
PHARMA

LOT: V-04-3

PER: 03-2026

PPV: 106,80DH

756.135.09.19



لحقن للحقن

1+ أمبولة

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مساء	زوال	صباح	مدة

TRIAXON® I.M.

1g/3.5ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOPER  
PHARMA

LOT: V-04-3

PER: 03-2026

PPV: 106,80DH

756.135.09.19





لحقن للحقن

11 امبولة

مدة	صباح	زوال	مساء

**TRIAXON® I.M.**

**1g/3.5ml**



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



**COOPER**  
PHARMA

LOT: V-04-3

PER: 03-2026

PPV: 106,80DH

756.135.09.19



لحقن للحقن

11 امبولة

مدة	صباح	زوال	مساء

**TRIAXON® I.M.**

**1g/3.5ml**



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



**COOPER**  
PHARMA

LOT: V-04-3

PER: 03-2026

PPV: 106,80DH

756.135.09.19



لحقن للحقن

11 امبولة

مدة	صباح	زوال	مساء

**TRIAXON® I.M.**

**1g/3.5ml**



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



**COOPER**  
PHARMA

LOT: V-04-3

PER: 03-2026

PPV: 106,80DH

756.135.09.19

FACTURE N°24012901

Casablanca, le 29.01.2024

je soussigne certifie que **MONSIEUR RIMAOUI RAHAL** a payé la somme de :

**900.00 (NEUF CENT DIRHAMS) ESPECE**

<u>Qté</u>	<u>présentation</u>	<u>Tarif unitaire</u>	<u>prix total</u>
1	CONSULTATION	300.00	300.00
1	ECHO DOPPELR	600.00	600.00
		<u>TOTAL</u>	<b>900.00</b>

Centre d'Urologie  
Professeur Saad BENJELLOUN  
- Chef du Service d'Urologie  
Ancien Chef du Service des Fleurs  
59, Bd. Zerkouni, 20000 Casablanca  
Tél : 022 88 01 12/13 - 022 88 01 14



Casablanca le 29 janvier 2024

Monsieur RIMAOUI RAHAL

*Le rein droit à une taille normale avec une bonne différenciation cortico – médullaire, il n'y a pas de dilatation des cavités excrétrices, le contour rénal est régulier, l'épaisseur du parenchyme est normale,*

*le rein gauche à des dimensions normales avec une bonne différenciation cortico – médullaire, il n'y a pas de dilatation des cavités excrétrices, le contour rénal est normal, l'épaisseur du parenchyme est normale,*

*la vessie à des contours réguliers, absence d'anomalie intra-luminales*

*La prostate est examinée par voie rectale, son aspect est hétérogène , , par ailleurs il y a une bonne différenciation entre les zones périphériques et transitionnelles, le volume de la prostate est estimé à 16,9 cc*

*Conclusion : hypertrophie modérée hétérogène de la prostate*

Professeur Saad Benjelloun  
Centre d'Urologie  
Professeur Saad BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59 Bd. Tarkrent, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tél : 0522 88 01 12/13/14

N°I.C.E :001638312000001