

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M23-0022731

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 666

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHIRI Aldenah

Date de naissance : 10-01-1939

Adresse : 6 Rue Palan EL BAKIR dmchamps

Saïd Mouco

Tél. : 0661 000349

Total des frais engagés : 351,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Saad BENNIS
Chirurgien Urologue
74 Boulevard Zerkouni
Casablanca Tél: 0522 2932 44
0522 1776000074

Date de consultation : 14.02.2024

Nom et prénom du malade : TAHIRI Aldenah

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cystite chronique

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 14.02.2024

Le : 14.02.2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 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

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
14.02.2024	Q		GT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.2.2024	151,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/2/24	3,50	200 Sh

AUXILIAIRES MEDICAUX

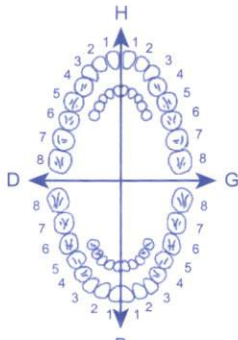
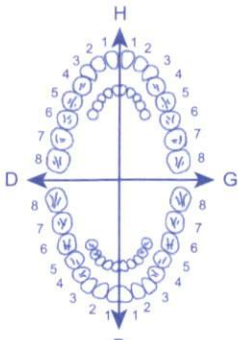
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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

Docteur Saâd BENNIS

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopique

des reins et des voies génito-urinaires

Lithotriptie extracorporelle- Echographie

Impuissance - Circoncision



الدكتور سعد بنيس

طبيب مساعد سابقا بمستشفى تولوز بفرنسا

إختصاصي في جراحة الكلي

والمسالك البولية والتناسلية

تفتيت الحصى بدون جراحة

عقم عند الرجل - الختانة

الفحص بالصدى

Casablanca, Le 14.02.2024 الدار البيضاء في

Tahiri Abdelaziz

ECBU.



Docteur Saâd BENNIS
Chirurgien Urologue
72, Boulevard Zerkoutouni
Casablanca - Tél: 0522 29 32 44
ICE: 001624776000074

72, شارع الزرقطوني فوق مقهى Hermès تويوتا سابقا. و Marché des fleurs - الطابق الثاني - الدار البيضاء

72, Bd Zerkoutouni au dessus café Hermès (EX TOYOTA) (Niveau Marché des Fleurs - 2^{ème} étage - Casablanca

Tél.: 0522 29 32 44 - Urgence : Clinique Badr - Tél : 0522 49 23 81 - الهاتف : - E-mail : saadurro@gmail.com

Docteur Saâd BENNIS

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopique
des reins et des voies génito-urinaires

Lithotription extracorporelle- Echographie

Impuissance - Circoncision

COOPER PHARMA

PPV : 49,30 DH



بنيس

تولوز بفرنس

الكلية
سليمة
جراحة

عقم عند الرجل - ثانة
الفحص بالصدى



27,50

Casablanca, Le

14. 02. 2024

في الدار البيضاء

Tahiri Florentine

74,80

74,80

Lepecen 500

7/2

1 cp x2 / f

27,50

Sparfon

2 cp x3

7/2

1 cp x2 / f

49,30

Decole 20

1 cp

7/2

T = 151,60

PHARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Ghandi &
Angle Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Tél : 05.22.36.66.22

Docteur Saâd BENNIS
Chirurgien Urologue
72, boulevard Zerkouni
Casablanca - Tél: 0522 29 32 44
ICE: 001624776000074

72, شارع الزرقطوني فوق مقهى Hermès نويوتا ساحة Marché des fleurs - الطابق الثاني - الدار البيضاء

72, Bd Zerkouni au dessus café Hermès (EX TOYOTA) (Niveau Marché des Fleurs - 2^{ème} étage - Casablanca

Tél.: 0522 29 32 44 - Urgence : Clinique Badr - Tél : 0522 49 23 81 - الهاتف : E-mail : saadurro@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 15/02/24

Prélèvement reçu à 10:35

Edition du : 16/02/24



Monsieur TAHIRI ABDERRAFIE

Réf. : 24B579



Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

BACTERIOLOGIE

CYTO - BACTERIOLOGIE URINAIRE

Recueil des urines : 2ème jet
Aspect des urines : Clair

EXAMEN CHIMIQUE

pH : 6,0
Protéines : Absence
Glucose : Absence
Corps cétoniques : Absence
Sang : Présence ++

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	: 5 000	élts/ml	N : < 10.000
Hématies	: 30 000	élts/ml	N : < 5.000
Cristaux	: Absence		
Cylindres	: Absence		
Parasites	: Absence		
Germes à l'examen direct	: Pas vu de germes		

CULTURES

Dénombrement des Germes : Absence de germes
Nature des Germes isolés : Tous les milieux sont demeurés stériles

Casablanca le 15 février 2024

Monsieur TAHIRI ABDERRAFIE

Plein tarif 1998

FACTURE N°	1020
------------	------

Analyses :			
Cytobactériologie des urines (Adulte) + -----	B	90	
Antibiogramme -----	B	60	Total : B 150
TOTAL DOSSIER		200,00 DH	

- Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux Cents Dirhams

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ARMES**
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa
Tél. : 0522 27 19 70/0522 27 86 57
Fax : 0522 26 02 47