

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Educations :

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
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0038536

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3105 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HTALSI KHADIJA
Date de naissance :
Adresse : JANINA 1 Rue 2 N° 3
Tél. : 06.69.06.11.60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :



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
27.11.19	TOTAL facture =	2200	2200	
	deux M. de deux			

27.11.19 TOTAL facture = 2200
deux M. de deux

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27.11.19	138	50

27.11.19 138 50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

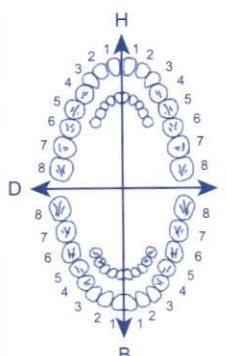
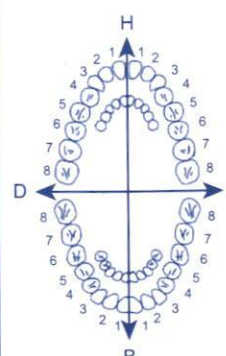
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

LOT: 19E001V
PER: 07/2022
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90



LOT: 19E001V
PER: 07/2022

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90



Docteur MEZIANE AMINE

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

27/11/2019

Casablanca, le :

Mme MTALSI KHADIJA

جراحة المسالك البولية والتناسلية
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE
COELO-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

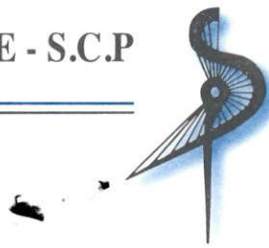
LAROXYL gouttes

5 gout le matin 5 gout le soir x 1 mois

DOGMATIL 50

1 gélule le soir x 2 mois

Dr. MEZIANE Mustapha
Chirurgien - Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
TEL: 05 22 20 14 42 / 43



ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/11/19

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

CERTIFICAT D'HOSPITALISATION

Nous soussignons CLINIQUE LA SOURCE,
attestons par la présente que :

Mr, Mme, Mlle : M. TALS KHADIJA.....

a été admis(e) à la clinique la source :

du 27/11/19 au 27/11/19.....

Fait pour servir et valoir ce que de droits.

CLINIQUE LA SOURCE
SIGNATURE :
Dr. Taki Eddine
Casablanca - Tél. 05 22 20 14 40

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

F A C T U R E

N° : 5905 / 2019 du 27/11/2019

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme MTALSI KHADIJA	PAYANT	27/11/19	27/11/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FORFAIT K30	K30	1.00	2 200.00	2 200.00
			Sous/Total	2 200.00
Total clinique				2 200.00

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL	2 200.00
DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS					
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		

CLINIQUE LA SOURCE
14, Rue TAKI EDDINE (Ex. Berne)
Casablanca - Tél. : 05 22 20 14 40



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 نقي 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

27 Novembre 2019

Casablanca, le :

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom & Prénom	: MTALSI KHADIJA
Age	: 62 ans et 1 mois
Date de l'intervention	: Mercredi 27 Novembre 2019
Opérateur	: Dr Mustapha MEZIANE
Anesthésiste	: Dr Benchekroun - Dr Chroqui
R. C	: PK +++
Indications	: CYSTOSCOPIE

C.R.O

Sous sédation, introduction du cystoscope ch. 19,5 sous contrôle de la vue.

Mise en évidence d'une trigonite inflammatoire sans lésion spécifique. le reste de la vessie est normale Électrocoagulation superficielle.

NB cystocele .

Dr. MEZIANE Mustapha
Chirurgien - Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
Tél: 05 22 20 14 40 - 41