

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0006954

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHERIF TAYEB
 Date de naissance : 01 01 1980
 Adresse :
 Tél. : 0661250131 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Hôpital Universitaire International Mohammed VI
 Dr. HEDDAT Abdeljalil
 Urologie
 091177568
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : CHERIF TAYEB Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prostate
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 30 / 01 / 2022

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
29/09/2022		Se	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/09/2022	845,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	echo rendo	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

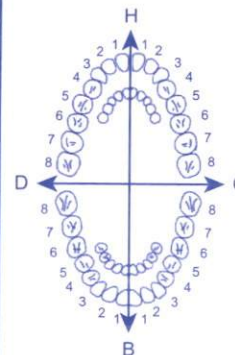
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

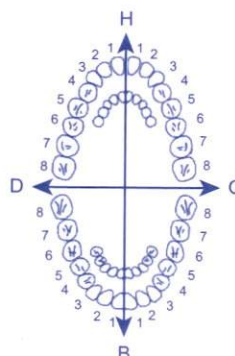
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

26/9/2022



2200215600 / 210813100334K.

Prénom : TAYEB

Nom : CHERIFI

DDN : 01/01/1950 E: 26/09/2022

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

PAYANT
Sexe: M

232,00

2/ Xatrol 10mg 4 P

1cp / j à l'heure du petit déjeuner

153,30 x 4 / 613,20

2/ Permix 160

1cp x 2 / j p't l'après-midi

909213 845,20

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahel Oud Hriz

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. HEDDAT Abdeljalil
Urologie



091177568

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV: 232,00 DH



153,30
G07 51A 10/2



Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

153,30
G07 51A 10/24



Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

153,30
G07 51A 10/



Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957

153,30
G07 51A 10/24



30 GÉLULES

mg



6 118001 181957

2200215624

F A C T U R E

N° 21 982 / 2022 du 26/09/2022

Nom patient : **CHERIFI TAYEB**

Entrée 26/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Echographie renale	1,00	K	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Frais Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENTS DIRHAMS	Total 400,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			400,00		400,00	0,00



2200215600

F A C T U R E

N° 21 958 / 2022 du 26/09/2022

Nom patient : **CHERIFI TAYEB**

Entrée 26/09/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'urologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00				300,00	0,00



Mr CHERIFI TAYEB

Le 26/09/2022

ECHOGRAPHIE RNALE ET VESICO-PROSTATIQUE

INDICATION : DYSURIE

RESULTATS :

- Reins de taille normale bien différenciés.
- petit kyste rénal gauche de 1cm
- absence de dilatation pyélocalicielle.
- kyste rénal droit simple de 6cm
- prostate de 57g.
- vessie de de bonne capacité à paroi régulière.
- résidu post mictionnel non significatif.

CONCLUSION :

- hypertrophie prostatique de 57g.
- Kyste rénal droit d'allure simple de 6 cm.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. HADDAT Abdeljalil
Urologie

