

## 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** : 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

M22- 0012729

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JISMANI AHMED

Date de naissance : 25-01-59

Adresse : RES EL FAJR IMM F 11

Tél. : 06 75592651

Total des frais engagés : 390,00 + 480,00 + 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur maligne

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 :

Le : 09 / 04 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
11/3/23		300		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.03.23	390,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/03/23	Echographie et vélocimétrie	480,00

# 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 :

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																	
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

7/13/23

PHARMACIE BLOC "C"  
Rue 2 N° 116  
GHOFRAINE  
Q Al Qods Sidi Elouc (C)  
Casablanca  
Issi Bernoussi

Dr. Mohamed Ahmed

193,10 + 109,70

7/1

Contiflo

S.V

1 cp 10 le soir  
au coucher  
→ 2 fois

87,30  
S.V

Dermapix cream

1 box 21

PHARMACIE BLOC "C"  
Rue 2 N° 116  
GHOFRAINE  
Q Al Qods Sidi Elouc (C)  
Casablanca  
Issi Bernoussi

Professeur Mohamed DAKI  
Chirurgien Urologue  
T: 091167619

CONTIFLO

PPV: 109DH70

30 gélules  
à libération prolongée  
0.4 mg

PPV: 193DH10

CODE No: MPIDRUGS/25/2083  
Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

87,30

Casablanca, le

29/3/23

Le Docteur Mohamed

- Dysurie

- Ech. Urétérographie

U.C.R.

Professeur Mohamed DAKIL  
Chirurgien Urologue  
INPE : 091167619



Casablanca, le

7/3/23

M. DESMAIRG Ahmed

Troubles urinaires,

→ Echec

Urologues à l'hopital  
NRM,  
Mesure



Professeur M.  
Chirurgien Urologue  
INPE : 091167619

Professeur Mohamed DAKI  
Chirurgien Urologue  
INPE : 091167619

Professeur Mohamed DAKI  
Chirurgien Urologue  
INPE : 091167619

Angle boulevard Nador et Atlantide, quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

**M U P R A S**

N° Admission : 23002111 N° Facture : 23002055 Date facturation : 04/03/2023

Nom et prénom du patient : Mr **JISMANI AHMED**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO RENALE ET VESICO PROSTATIQUE	1.00	480.00	480.00
		Sous-Total	<b>480.00 DH</b>
arrêtée la présente facture à la somme de :		<b>Total</b>	<b>: 480.00DH</b>
Quatre cent quatre-vingt dirhams			
Adhérent :		Part organisme :	0.00 DH
Mle :		Part patient :	480.00 DH
PC N° :			



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**DUPLICATA**

**M U P R A S**

**N° Admission** : 23002111 **N° Facture** : 23002055 **Date facturati** 04/03/2023

**Nom et prénom du patient** : **Mr JISMANI AHMED**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO RENALE ET VESICO PROSTATIQUE	1.00	480.00	480.00
		Sous-Total	<b>480.00 DH</b>
arrêtée la présente facture à la somme de :		<b>Total</b>	<b>: 480.00DH</b>
<b>Quatre cent quatre-vingt dirhams</b>			
Adhérent :		Part organisme :	0.00 DH
Mle :		Part patient :	480.00 DH
PC N° :			



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Reçu Avance N° A2301768

CASABLANCA, Le 04/03/2023 10:41

Patient : JISMANI AHMED , N° Dossier : 23002111

N° téléphone : 0675592651

Traitement : EXAMEN RADIOLOGIE

Titre : Examen radiologie

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Espèces			480.00

Liste des examens :

ECHO RENALE ET VESICO PROSTATIQUE

480.00

Montant devis	480,00
Avance exigée	480,00

Reçu par : fatiha.n



Casablanca, le 04 Mars 2023

**PR DAKIR MOHAMED**

**MR. JISMANI AHMED**

## COMPTE RENDU

### ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-PROSTATIQUE

- Rein droit de taille normale, de contours réguliers, bien différencié, sans dilatation des voies excrétrices et sans calcul décelable.
- Rein gauche de taille normale, de contours réguliers, bien différencié, sans dilatation des voies excrétrices, siège d'un calcul hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur, siégeant au niveau du groupe caliciel supérieur, mesurant 10 mm de grand axe.
- Vessie pleine, à contenu transsonore et à paroi fine et régulière.
- Hypertrophie prostatique, mesurant 48 x 40 x 32 mm, soit un poids estimé à 33g.
- Résidu post-mictionnel estimé à 34cc.

#### Conclusion :

- Calcul rénal gauche caliciel supérieur non obstructif, mesurant 10mm de grand axe.
- Hypertrophie prostatique estimée à 33g.
- Résidu post-mictionnel estimé à 34 cc.

**DR TAHIRI MED AMINE**



Radiologie Anoual  
Directeur Médical  
DR FARAJ HAMZA  
INSEE : 06 63 57 42 60