

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

M22- 0057135

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08055 Société : 160547
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Filale Chahad Abdellah
Date de naissance : 1/1/49
Adresse :
Tél. : 0661322025 Total des frais engagés : 1826,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 09/05/2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Polychémie
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 : CASABLANCA Le : 10/5/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
09.05.23	CS. Echo		# 1000.01 #	

Clinique du Bien-Être
Bouškoura
 Bouškoura Golf City, Casablanca 27182
 Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
 E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE L'ALCÔVE 466 Lot. Al Moumine Bassin Casablanca - Tél : 05 22 06 48 48	09/05/23	826.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

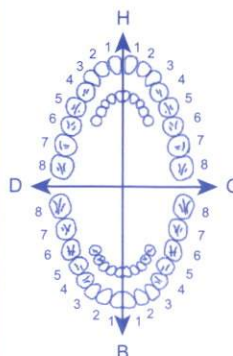
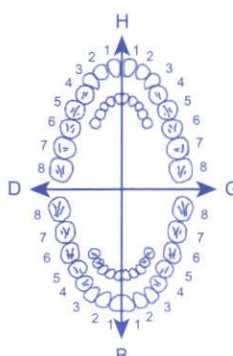
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

Casablanca, le 09/05/23

153,30

PPV 1530H30

2G1W2A 07/25

PP 1530H30

2G1W2A 153,30 07/25



PPV 153,30

2G1W2A 07/25

2G1W2A 07/25

PPV 1530H30

153,30

LOT 230451
EXP 11/2024
PPV 213.00DH

153.30 x4

Premier
2 pl

16



213.00

un x

1 pl

2 pl 2 mo



826.20

PHARMACIE LAIMOU
SARL AU

Pr. RABIL Reau
Chirurgien Urologue
091057705

Clinique du Bien-Être Bouskoura, Bouskoura Golf City
(Prestigia), Casablanca 27182

Tél. : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92

E-mail : Direction@akditalife-bouskoura.ma

Site web : www.akditalife-bouskoura.ma



AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

- IRM Haut champ/IRM Cardiaque • Scanner Multibarette • Angio-scanner • Coloscopie virtuelle • Dentascanner • Echographie/Echo doppler
- Fibroscan • Radiologie standard numérique • Mammographie numérique • Radiologie interventionnelle • Coroscanner sur rendez-vous

Casablanca le

09/05/2023

PATIENT : **Mr FILALI CHAHAD ABDELALI**

PRESCRIPTEUR: **PR RABII REDOUANE**

ECHOGRAPHIE VESICO-PROSTATIQUE

TECHNIQUE : examen réalisé à l'aide d'une sonde linéaire superficielle de haute fréquence (7.5-10 MHz)

RC : Pollakiurie

Résultats :

Vessie pleine, de grande capacité.

Paroi régulière.

Pas d'anomalie endovésicale.

Pas de calcul vésical.

Prostate a 90 g, avec médian, IPP grade II .

RPM 50cc.

CONCLUSION :

Prostate augmentée de volume 50g, avec lobe médian grade II et RPM a 50cc .

Merci de votre confiance.

Pr RABII REDOUNANE

Pr RABII REDOUNANE
Chirurgien Urologue
201105

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le :

Facture N° 00818/23

A. Identification

N° Dossier : CBB23E09122853

N° Identifiant : 000619/23

Nom & Prénom : M. FILALI CHAHAD ABDELALI

C.I.N : A17208

Adresse : LISSASFA LOT LAIMOUNE 2 RUE 36 NR 133 CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 09-05-2023

Date Sortie :

Médecin traitant : DR. PR. RABII REDOUANE

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE VESICO-PROSTATIQUE		600,00			600,00
Total Rubrique :						600,00
PARTIE CLINIQUE :						1 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						1 000,00

MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

**Clinique du Bien-Etre
Bouskoura**

Bouskoura Golf City, Casablanca 27182
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma