

## 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

- 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

N° W21-802191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11012 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TAYACH NAHID  
 Date de naissance : 29/03/80  
 Adresse :  
 Tél. : 0669 593937 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Reghaï Khalid  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection chronique  
 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) :

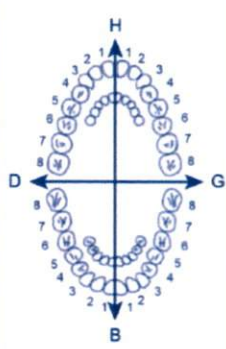
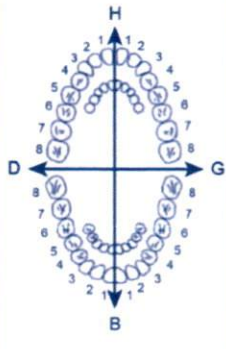
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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                    |
| 17/05/23                       | G + Eho           |                       | 100 DH                          |  |
| 24/05/2023                     | G                 |                       | 300 DH                          |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|  | 17/05/23 | 112,20                |
|  |          |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 :<br>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 | INP : <input type="text"/>  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|    |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | <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 |  |
|   | H  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | D  | G                |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | B  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

**Androtardyl 250mg/ml, 1 amp x 1 ml**  
Enanthate de testostérone  
P.P.V. : 37,40 DH  
Bayer SA



6 118001 090303



87479136

**Androtardyl 250mg/ml, 1 amp x 1 ml**  
Enanthate de testostérone  
P.P.V. : 37,40 DH  
Bayer SA



6 118001 090303



87479136

**Androtardyl 250mg/ml, 1 amp x 1 ml**  
Enanthate de testostérone  
P.P.V. : 37,40 DH  
Bayer SA



6 118001 090303



87479136

Dr. SAADALLAH Khalid

Chirurgien urologue

Cœliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancérologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitement de la prostate par laser Green Light

Traitement des calculs urinaires au laser Holmium

Enurésie chez l'enfant\*

Circoncision masculine - AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

الدكتور سعد الله خالد

جراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية لجراحة الكلي

فحص وجراحة الكلي والمسالك البولية بالمنظار

للکبار والأطفال

تفتيت حصي الكلي والمسالك البولية

بأشعة الليزر

جراحة البروستات بأشعة غرين لايت

علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول اللاإرادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Casablanca, le :

17/05/2023

L'uf Reghan Khalil

Androtardyl 250mg  
3 x 37.5mg 1 et 5 3d ozote



112, 20

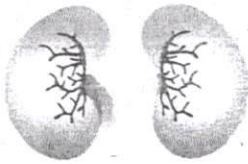
PHARMACIE JAWHARA  
S. BELHABIB  
Dr. en Pharmacie  
22, Rue Lamenet France - Ville II  
Tél et Fax : 022 86 33 99 - CASABLANCA

Dr SAADALLAH Khalid  
Chirurgien Urologue  
101 Angle Bd Abdelmoumen  
Bd Anoual - CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91

452, زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال، عمارة عبد المومن ساتنر فوق مقهى المدينة، الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء

452, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Imm. Abdelmoumen center au-dessus du café El Madina,

Etage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgences : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64



Cabinet

SAADALLAH

U R O L O G I E

MME REGHAI KAMIL

Chirurgie et endoscopie des reins et des voies génito-urinaires,  
Coelioscope urologique • Echographie urologique,  
Lithotriptie extracorporelle • Stérilité masculine,  
Impuissance sexuelle • M.S.T. • Circoncision • Enuresie de l'enfant

Dr. Saadallah Khalid

Chirurgien • Urologue

LE 17/05/2023

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE UROLOGIQUE

**Rein gauche:** de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire. Absence de dilatation des cavités excrétrices à son niveau;

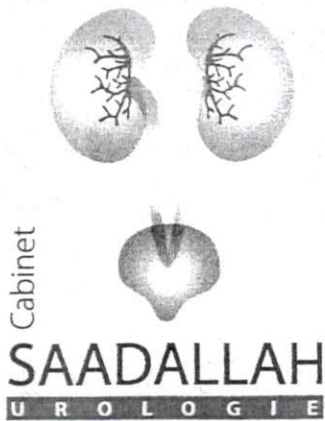
**Rein droit:** de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire. Absence de dilatation des cavités excrétrices à son niveau;

**Vessie:** a paroi non épaissie, contenu transsonore Absence de résidu poste mictionnel.

Dr. SAADALLAH Khalid  
Chirurgien Urologue  
101 Angle Bd Abdelmoumen  
Bd. Anoual CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91

**URGENCES : 06 62 33 64 36**

Immeuble Abdelmoumen Center, 24 angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1er étage,  
N°101, Casablanca. • Tél. : 05 22 86 33 99 • Fax : 05 22 86 59 91 • E-mail : saadallahkhalid@yahoo.fr



Chirurgie et endoscopie des reins et des voies génito-urinaires,  
Coelioscopie urologique • Echographie urologique,  
Lithotriptie extracorporelle • Stérilité masculine,  
Impuissance sexuelle • M.S.T. • Circoncision • Enuresie de l'enfant

**Dr. Saadallah Khalid**  
Chirurgien • Urologue

**LE 17/05/2023**

**FACTURE**

**L'ENF REGHAI KAMIL**

**CONSULTATION: 300DH**

**ECHOGRAPHIE : 400DH**

**Dr SAADALLAH Khalid**  
Chirurgien Urologue  
101 Angle Bd Abdelmoumen  
& Bd Anoual CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 33 99 / 05 22 86 59 91

**URGENCES : 06 62 33 64 36**

Immeuble Abdelmoumen Center, 24 angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1er étage,  
N°101, Casablanca. • Tél.: 05 22 86 33 99 • Fax: 05 22 86 59 91 • E-mail : saadallahkhalid@yahoo.fr