

## 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-791999

203868

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07494 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JALOUATA ZAKHID  
 Date de naissance : 21/02/1961  
 Adresse : HABITUELLE  
 Tél. : 0661801332 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 24/09/24  
 Nom et prénom du malade :  
 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 : 02/05/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-15/2019



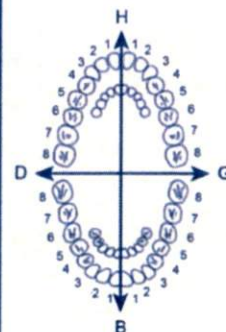
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/10/24	G		280 €	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Dch. - L. - U. -		160 €	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>h. Al Ismailia</p> <p>Hay Boussafou</p> <p>Al Ismailia</p> <p>el: 05 39 71 54 43</p> <p>162085385</p>	24-04-2024	471,10

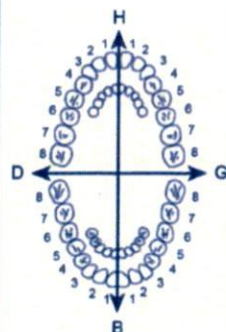
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Souhail REGRAGUI**

**Chirurgien Urologue  
Andrologue**

Diplômé en onco-urologie - Université Paris  
Diplômé en coelio-chirurgie - Université de Rabat -  
Diplômé en échographie - Université de Rabat -



**الدكتور سهيل الرغراغي**

**اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي،  
المسالك البولية والأعضاء التناسلية**

دبلوم في سرطانات المسالك البولية - جامعة باريس -  
دبلوم الجراحة بالمنظار - جامعة الرباط -  
دبلوم الإيكوغرافي - جامعة الرباط -

24/04/2024

JALOUAJA Rachid

**NOTE D'HONORAIRES**

**Désignation de l'acte: Débitmètrie urinaire**

**Montant: 150 dh**

Dr. Regragui Souhail

**Dr. SOUHAIL REGRAGUI**  
**CHIRURGIE UROLOGUE**  
At. des FAR, Résidence Opéra, Bloc A3  
Bureau N° 5, Tétouan - Tél: 0539 726 733  
INPE : 161252978

N° AUT. MSP: DA20202010732DMP/UCA/V1  
N° AUT. ONSSA: ES.34.17.20

**PROSTACALM**  
**PPC: 148.00 DH**

Date d'expiration:

Lot:

04.2026

L200143

**MCEUTIK**



*Handwritten in blue ink:*  
✓  
x3ced



# MMS Flowmaster: Débit urinaire

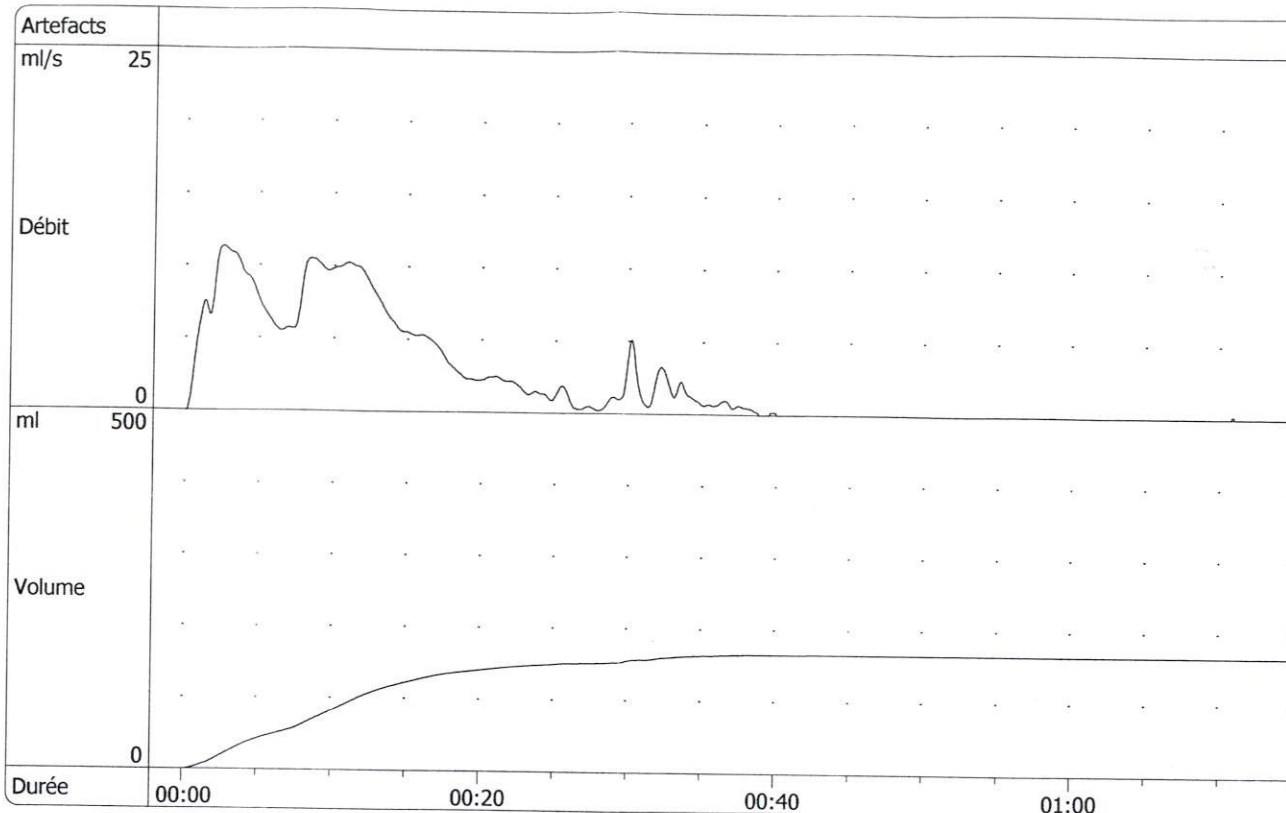
JALOUAJA Rachid



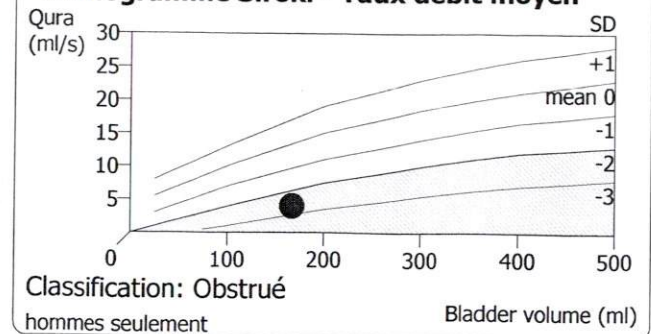
Sexe: Homme  
Date de naissance: 07/12/1961  
Numéro de patient:

Date/heure d'examen: 24/04/2024 / 14:20  
Numéro d'examen: 1  
Cabinet: Dr REGRAGUI Souhail

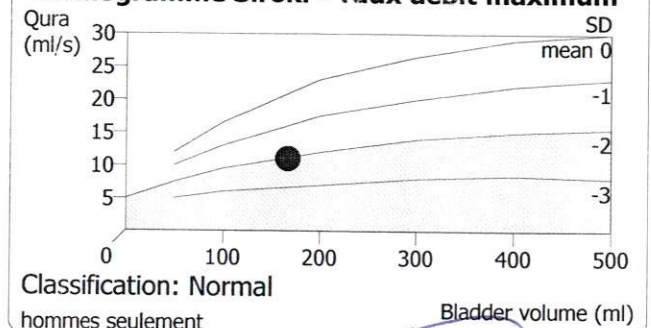
Imprimer date/heure: 24/04/2024 / 14:24  
Flowmaster: MMS FLOWMETER - PE21-9FLMB1503



## Nomogramme Siroki - Taux débit moyen



## Nomogramme Siroki - Taux débit maximum



## Résultats

Taux débit moyen : 4,3 ml/s  
Taux débit maximum : 11,3 ml/s  
Temps pour Débit max : 2,2 s  
Volume uriné : 166,7 ml  
Urine résiduelle : - ml  
Durée du Débit : 37,9 s  
Durée de la miction : 38,3 s  
Intervalles : 1

## Commentaires

Dr. SOUHAIL REGRAGUI  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
Av. des FAR - Résidence Opéra, Bloc A3  
Bureau N°5, Tétouan - Tél.: 05 39 72 67 33  
INPE 161252978

# Dr. Souhail REGRAGUI

Chirurgien Urologue  
Andrologue

Diplômé en onco-urologie - Université Paris XI -  
Diplômé en coelio-chirurgie - Université de Rabat -  
Diplômé en échographie - Université de Rabat -



## الدكتور سهيل الرغراقي

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي،  
المسالك البولية والأعضاء التناسلية

دبلوم في سرطانات المسالك البولية - جامعة باريس -  
دبلوم الجراحة بالمنظار - جامعة الرباط -  
دبلوم الأيكوغرافي - جامعة الرباط -

24/04/2024

JALOUAJA Rachid

$142.00 \times 3 = 444.00$

### PROSTACALM

1 gélule soir ptd 3 mois

27.10

Dolifen 400

1 gélule 3/

T = 471.10

Ph. Al Ismailia  
Boulevard Al Ismailia  
Tél: 05 39 71 54 43

INPE 162085385  
162085385



PPV: 270H10

PER: 09/25

LOT: M3245

Dr. SOUHAIL REGRAGUI  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
Av. des F.A.R. Résidence Opéra Bloc A3  
Bureau N° 5, Tétouan - Tél.: 05 39 72 67 33  
INPE : 161252978