

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

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° P19- 0026187

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

06 5461

Société :

SABER ISMAIL
RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SABER ISMAIL

Date de naissance :

01-01-58

Adresse :

n° 992 AZLI Sude Nanakech

Tél. :

06 64841818

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06 / 11 / 2019

Nom et prénom du malade :

SABER ISMAIL

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

NBB + DM2

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) :

[Signature]

Le :

31 DEC 2019

ACCUEIL

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
06/11/19	Echo	1	20.000 20.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية آزلي PHARMACIE AZLI Dr. Ali JAOUANE I N° 3 et 5 Azli - Marrakech Tél : 05 24 34 25 13	06/11/2019	616,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

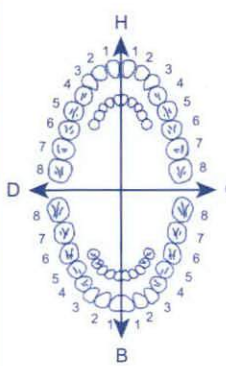
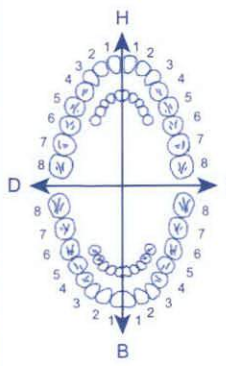
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 00000000 00000000 G 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

Dr. Iz Arab AMMOR

Chirurgien Urologue

- Diplômé de l'Université de Paris-France
- Ancien Assistant des Hopitaux de Paris
- Ancien Chirurgien de l'Hôpital Militaire Avicenne
- Maladies et Chirurgie des reins-Voies Urinaires
- Maladies de l'appareil génital - Stérilité du couple
- Impuissance Sexuelle - Circoncision

CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE - ECHOGRAPHIE



الدكتور عز العرب حمور

أمراض وجراحة المسالك البولية

- خريج جامعة باريس - فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات باريس
- والمستشفى العسكري ابن سينا
- أمراض وجراحة الكليتين والمسالك البولية
- أمراض الجهاز التناسلي
- العقم وضعف قوة الجماع - ختانة الأطفال
- الجراحة المجهرية - الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech le, 06/11/2019

Mr. SABER ISMAIL

MEGAFLOX 500

1 cp x 2 / JOUR 20 JOURS

CONTIFLO OD

1 cp / JOUR 1 MOIS

Aloxia 15

1 CP / JOUR X 10 JOURS

BELMAZOL

1 CP / JOUR X 10 JOURS



9250
x4

10970

8240

4900

61610

صيدلية 213
PHARMACIE AZLI
DR. AZLI JAZOUANE
Q.I N° 3 et 5 Azli - Marrakech
Tél : 05 24 34 25 13

213, Avenue Med V - 1^{er} étage Appt. n° 3
(Imm. de la RAM) Marrakech
Tél C. : 05 24 43 00 99 - Fax : 05 24 43 10 10
INP : 071010383

E-mail : izarabammor@gmail.com

21, شارع محمد الخامس عمارة الخطوط الملكية

لطابق الأول الشقة رقم 3 - مراكش

لهاتف : عبادة 05 24 43 00 99 - الفاكس 05 24 43 10 10



JH: GTIN: 08901296110188
 Lot: 3981000
 EXP: 09/2020
 S.N.: DB035876469935



30 كبسولة
 ذات تحرير ممتد
 عن طريق الفم

0.4 ملغ

كونتيفلو [®] 1D

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO[®] OD 0.4mg ○

Boîte de 30 gélules à libération
 prolongée
 Voie orale



6 118001 300556

CONTIFLO[®] 1D

PPV: 109DH70

30 Gélules
 à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



20 قرصا قابلا للكسر
عن طريق الفم

میلو کسٹیکام

ALOXIA® 15 mg.
20 comprimés sécables



6 118000 022763



	h	<input type="text"/>
	e	<input type="text"/>
	i	<input type="text"/>
	th	<input type="text"/>
	c	<input type="text"/>
	e	<input type="text"/>

Logo of the Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia, featuring a stylized blue and red emblem above the text "Ministry of Health" and "Saudi Arabia".

بلمزول[®]

أوميبرازول

20 ملغ

49106

BELMAZOL[®] 20 mg

14 gélules



6 118000 070122


14 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :



Megaflor[®] 500 mg 
10 Comprimés pelliculés

عن طريق الفم

مختار[®] فلاور
سينروفلوكساسين

500 ملغ

10

قراص مبلعة



AFRIC-PHAR

LOT


EXP

18N050

10/2021

PPV :92DH50



Megaflor[®] 500 mg 
10 Comprimés pelliculés

عن طريق الفم

مختار[®] فلاور
سبيروفلوكساسين

500 ملغ

10

قراص مبلعة



AFRIC-PHAR

LOT


EXP

18N050

10/2021

PPV : 92DH50



Megaflor[®] 500 mg 
10 Comprimés pelliculés

عن طريق الفم

مختار[®] فلاور
سبيروفلوكساسين

500 ملغ

10

قراص مبلعة



AFRIC-PHAR

LOT


EXP

18N050

10/2021

PPV :92DH50



Megaflor[®] 500 mg 
10 Comprimés pelliculés

عن طريق الفم

مختار[®] فلاور
سبيروفلوكساسين

500 ملغ

10

قراص مبلعة



AFRIC-PHAR

LOT
18N050

EXP
10/2021

PPV : 92DH50

Docteur AMMOR IZ ARAB
CHIRURGIEN URLOGUE
213 AV. Mohammed V N° 3
Guéliz Marrakech
Tél. 0524 43 00 99
Fax. 0524 43 10 10

LE 06/11/2019

M SABER ISMAIL

CONSULTATION

200 DH

ECHOGRAPHIE

200 DH

DR AMMOR



Marrakech, le 06/11/2019

Compte Rendu d'Echographie

Mr. SABER ISMAIL

Rein droit : de taille normale index cortical respecté, cavités pyélocalicielle non dilatées sans image anormale.

Rein gauche : taille normale, index cortical respecté, cavités pyélocalicielles non dilatées sans image anormale.

Vessie de capacité réduite à paroi épaissie.

Prostate : homogène augmentée de volume de 40g avec présence de calcification.

Les deux testicules sont normaux.

Conclusion : Aspect de prostatite et HBP.

