

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

20850

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule 05FS4 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RGUIBES SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.23.63.44 Total des frais engagés : MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

19 FEV 2020

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
</td		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |                                                 |                                   |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                  | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU            | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                  |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                     |                                   |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit       | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LES CURES THERMALES             |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons   | - LA CIRCONCISION                 |
| - dans le temps.                                | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

**M U P**

Mutuelle de l'Etat

FEU

Nom &amp; Prénom : RGUI B.

Matricule : 5754

Adresse :

Tél. : 06 61 23 63 44

**A REMPLIR PAR LE**Nom & Prénom  
du patient : RGUI B.Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent 

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Affection Orale

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A 1462 le 28/01/2020

Durée d'utilisation 3 mois

ées ou de traitement canalaires,

RELEVE D'ENTRAIRES	
Dates des Actes	Nature des Actes
28 JAN 2020	Dr. M. B.
28 JAN 2020	Dr. M. B.
28 JAN 2020	Dr. M. B.

EFFICIENT

ET TRAVAUX

ANT

OINS

ITION

ON

Cachet du Pharmacien  
ou du FournisseurPHARMACIE D'ULM  
L'AGENCE HAKIMI  
LANDER  
MANSOUR 36080Cachet et Signal  
Laboratoire et du F**VOLET ADHERENT****DECLARATION**

638092

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé 1434,10 (1000 + 634,10)

Nombre de pièces jointes :



MUPH

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

S	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
N	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
D	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
D	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
C	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
C	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
C	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
	= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
	= Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
PREVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 638092

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RGIBI SAID  
Matricule : 5754 Fonction : Retraité Poste :  
Adresse :  
Tél. : 06.61.23.63.44 Signature Adhérent : 

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RGIBI SAID Age   
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Affectation Osseuse  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : 12/09/2019  
A : 1401 le 28/1/2020 Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cache du médecin : 

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

638092



Matricule N° :   
Nom du patient :   
Date de dépôt :  
Montant engagé : 1434,10 (1000 + 434,10)  
Nombre de pièces jointes :  
Bé. Imp. 302 216 025

## RELEVE 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
28 JAN. 2020	Opér.		250,- 350,- 1600,-	<i>Dr. M. B. Ghandi M. B. Ghandi M. B. Ghandi M. B. Ghandi</i>
28 JAN. 2020	Opér.			
28 JAN. 2020	Opér.			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE D'ULMÉS HAKIMI HASSAN 360806</del>	28/01/20	1454,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur M. Amine BOUAB

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Diplômé de la faculté de médecine

Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

153,30

prostatique

interventionnelle

Casablanca, le :

PHARMACIE OULMES  
YACOUB EL MANSOUR 360806  
Boulevard Ghandi  
Angle Bd Ghandi et  
Yacoub El Mansour

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الشخص والجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

28/01/22

الدار البيضاء، في:

01 Nov 2022

147,50

①

Iprost 10 mg



Permixon 160 mg  
30 GÉLULES

6 118001 181957

153,30 x 2

②

147,50 le pris en  
louchen poli 10 mg

Permixon 160 mg



454,10 28/1/22

poli 10 mg

153,30

IPROST LP 10 mg  
30 comprimés à libération prolongée  
P.P.V : 147,50DH

6 118001 071848

Dr. Med Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
les Résidences du Palais  
Yacoub El Mansour, Imm. "E" - 3ème Etage  
Tel: 0522 39 10 50 - Fax: 0522 39 10 51

Résidences du palais, angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour

Entrée par rue Yasmine, Imm. E, 3<sup>eme</sup> étage - Casablanca

Tel.: 05 22 39 10 50 • Fax : 05 22 39 10 51 - Mobile: 06 63 72 39 30 • E-mail : drbouab.uro@gmail.com

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي، وشارع يعقوب المنصور  
الدخول زنقة يasmine، عماره E، الطابق الثالث، الدار البيضاء

اقرأ المحتوى

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلى  
والمسلك البولية و القناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) ا  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسلك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le ..... 28 JAN. 2020 ..... الدار البيضاء، في

**NOTE D'HONORAIRES**

**Le Docteur,**

Dr. Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Imm. "E" . 3ème Etage  
Tel : 022.39.10.50 - Fax : 022.39.10.51

Prie

**Mr /Mme /Mlle**

**RGUIBI Said**

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour Une consultation	= 250.00dhs
Echographie rénale et vésicale	= 350.00dhs
Débitmètre	= 400.00dhs

S'é levant à la somme de **1000.00dhs**

**MILLES DIRHAMS**

Dr Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Imm. "E" . 3ème Etage  
Tel : 022.39.10.50 - Fax : 022.39.10.51

**Signature et cachet du médecin**

Docteur M. Amine BOUAB

محمد أمين بواب

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

مختص في أمراض الكلى  
والمثانة والبنكرياس

يُعْلَمُ بِجامعة الطب بباريس (فرنسا) |  
طبيب داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص والجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le ..... 28 JAN. 2020 ..... الدار البيضاء، في

## DEBITMETRIE URINAIRE

NOM : Mr RGUIBI

PRENOM : Said

DATE : 28/01/20

INDICATION : Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU de la phase mictionnelle)

Résultats :

$Q_{max}$ : 15 ml/s

Volume mictionnel: 163 ml

Temps de vidange: 25 s

CONCLUSION : Débitmétrie ne montre pas de dysurie manifeste. Cependant, pas d'Aspect en cloche de la courbe.

Dr. Med Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Bm. 'E' - 3ème Etage  
Tél: 0524 23 150 - Fax: 0524 23 10 51

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلى  
و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) أ  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le ..... 28 JAN 2020 ..... الدار البيضاء، في

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-  
PROSTATIQUE SUS PUBLIENNE**

**NOM :** Mr RGUIBI

**PRENOM :** Said

SBAU de la phase mictionnelle.

Absence d'épanchement intra-péritonéal et adénopathie abdominale.

**Le rein droit** est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

**Le rein gauche** est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

**La rate** est de situation, de taille et d'échostructure normales.

**La vessie** est en semi réplétion, à contenu anéchogène à paroi fine et régulière. Pas de prolifération endoluminale ou pariétale, ni de lithiase visible. Après miction, on note un résidu post-mictionnel significatif de 45 ml environ.

**L'exploration de la prostate** par voie sus pubienne ne montre pas de lobe médian saillant. Par ailleurs, prostate de taille normale et d'échostructure homogène.

Absence d'épanchement pelvien.

**CONCLUSION:** Echographie rénale et vésico-prostatique ne révélant aucune anomalie à ce jour, notamment pas d'HBP manifeste. RPM estimé à 45 cc; A compléter par une débitmétrie.

Dr. Said Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Impl. "E" - 3ème Etage  
Tel: 0524 002 29 10 51

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

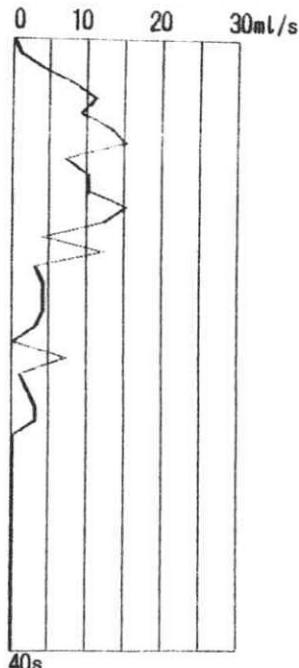
Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

Uroflowmetry Report

Name \_\_\_\_\_  
Age \_\_\_\_\_  
Gender \_\_\_\_\_  
Card No. \_\_\_\_\_  
Department \_\_\_\_\_  
Outpatient No. \_\_\_\_\_  
Test No. 0127 Date \_\_\_\_\_



**DEBITMETRIE URINAIRE**

**NOM :** Mr RGUIBI

**PRENOM :** Said

**DATE :** 28/01/20

**INDICATION :** Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU de la phase

Résultats :

$Q_{max}$ : 15 ml/s

Volume mictionnel: 163 ml

Temps de vidange: 25 s

Measured Parameters

Waiting Time 16s

Voiding Time 25s

T10 4s

T90 18s

TQmax 7s

$Q_{max}$  15ml/s

$Q_{avg}$  6ml/s

V 163ml

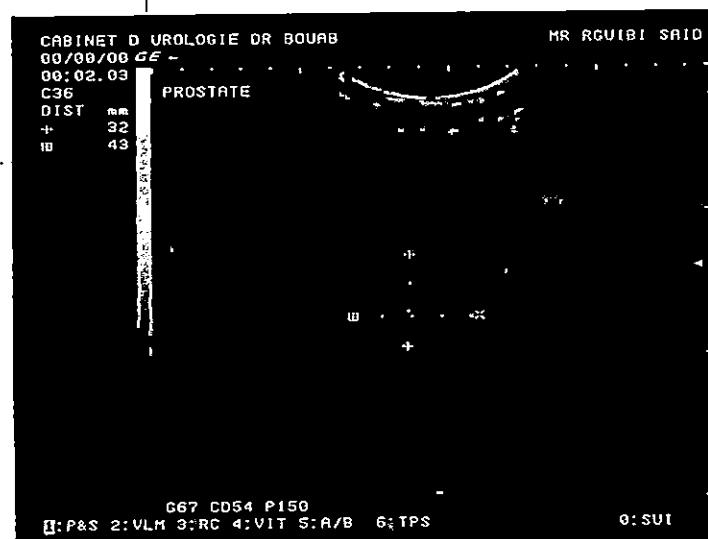
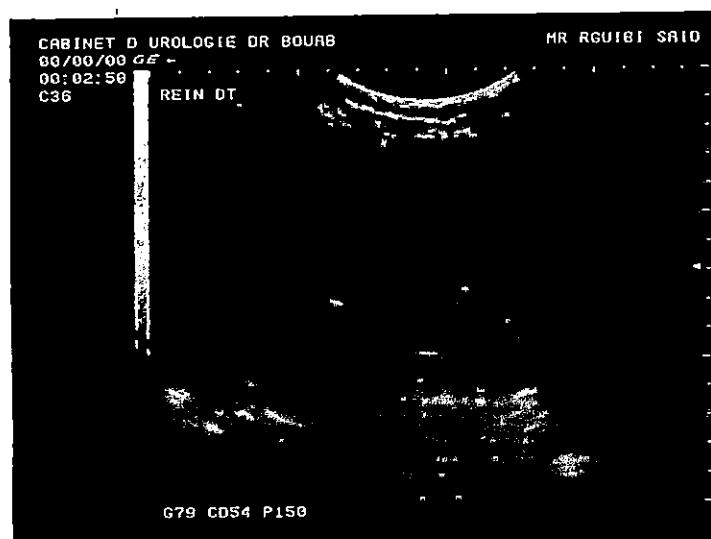
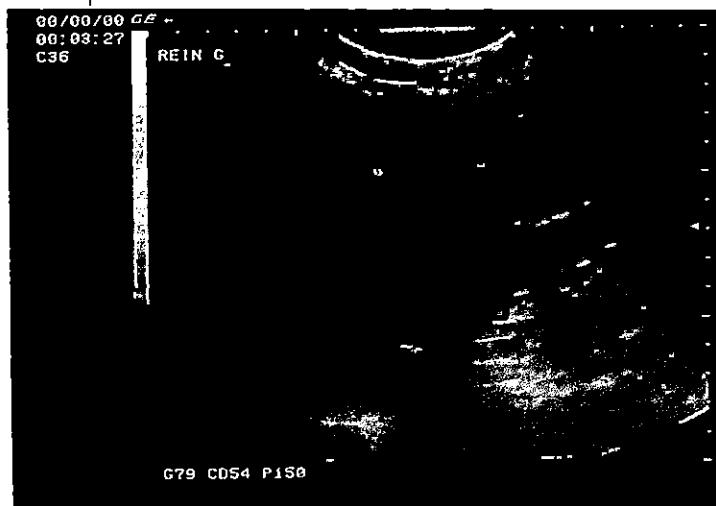
Diagnosis

Mr RGUIBI

28/01/2020

28/01/2020

Dr. Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Imm. E - 3ème Etage  
Tél: 022.32.10.51



CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB  
06/06/00 GE  
00:01:26  
C36

MR RQUIBI SAID

VESSE

G62 CD54 P150