

# 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

ND: 26260  
Déclaration de Maladie

N° P19- 047233

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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) :

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/04/2022      | C2                |                       | 200 M                           |  |
| 03/04/2022      | Eus               |                       | 200 M                           |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 03/04/2022 | 226,60                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 03/04/2022 | B140                         | 187,60                 |

## 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'O

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة طب وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية

## CABINET D'UROLOGIE

**Docteur FAÏK Hassan**  
Ancien médecin des Forces  
armées royales  
Chirurgien Urologue



(الركتور فائق حسن)  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 03 AVR 2023 الدار البيضاء

فحص وجراحة الكلي والمسالك  
البولية عبر المنظار

جراحة البروستات والمثانة عبر  
المنظار

جراحة الفتق والخصيتين

تفتيت حصي الكليتين  
والمسالك البولية بأشعة الليزر

العقم والعجز الجنسي  
عند الرجال

الأمراض التناسلية المعدية

الفتق والتبول اللاإرادي  
عند الأطفال

الفحص بالصدى

Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies  
genito-urinaires

Echographie urologique  
Lithotripte Extracorporelle

Stérilité masculine  
impuissance sexuelle

Maladies sexuellement  
transmissibles

Circoncision,  
enuresie chez l'enfant

Houmsi Abdellatt

1097

Antiflo 200 mg

Agel / 1000 mg  
(مداوية)

6750

21

Ares Coougr

24 x 24 x 24

PHARMACIE DU PARADIS  
Dr. BOUSTANE Zakia  
Bloc L - N° 8 Dar Lamane  
Hay Mohammadi - CASA  
Tél: 0522.60.80.71

192. شارع أبا شعيب الدكالي حي الفرح - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 82 10 22 - الممول : 06 61 71 34 20

494-  
9/1 Ehor 20mg

1gell x 2



226,65



PHARMACIE DU PARADIS  
Dr. BOUSTANE Zakia  
Bloc L - N° 8 Dar Lamqne  
Hay Mohammadi - CASA  
Tel: 0522 60 36 71

CONTIFLO<sup>®</sup>



30 gélules  
à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**

LOT 494-3  
PER 047-1  
PPV 49D-140

## CABINET D'UROLOGIE

الدكتور فائق حسن  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية

03 AVR 2020

Casablanca, le : .....

## Circoncision, enuresie chez l'enfant

Howm's Hallat



LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE AL QODS  
15844 De Grande Ceinture Hay Mohammadi  
Casablanca-Tel: 22 60 18 65/05 22 63 78 74

192. شارع أبا شعيب الدكالي حي الفرح - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 82 10 22 - المحمول : 06 61 71 34 20

## DOCTEUR FAÏK HASSAN

Chirurgien Urologue  
Chirurgien et Endoscopie des reins  
et des voies Génito-urinaires  
maladies sexuellement transmissibles  
Lithotriptie des calculs urinaires  
Impuissance - Stérilité Masculine  
Circoncision



## الدكتور فائق حسن

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية  
الفحص الداخلي والجراحة عبر المنظار  
تفتيت الحصى بدون جراحة  
العقم عند الرجال وضعف قوة الجماع  
ختانة الأطفال

18 3 AVR 2020

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

## Compte Rendu Échographique

Mr houmssi abdallah

**Le rein droit** : est de taille normale, des contours réguliers, sans dilatation des cavités pyélocalicielles .bonne differentiation cortico-sinusale

**Le rein gauche** : est de taille normale, des contours réguliers, sans dilatation des cavités pyélocalicielles . bonne differentiation cortico-sinusale

**La vessie** : pleine, à paroi fine ; à contenu transonore et sans anomalie endo-luminale.

**Prostate** :echostructure homogene ,contours reguliers ;taille normale.

**Conclusion :echographie vesico-prostatique et renale sans anomalie dans les limites de cet examen.**

**Hydrocele minime bilaterale**



عيادة طب ر الكلي والمسالك البولية والتناسلية

## CABINET D'UROLOGIE

**Docteur FAÏK Hassan**  
Ancien médecin des Forces  
armées royales  
Chirurgien Urologue



الداكتور فائق حسن  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 03 AVR 2020 في الدار البيضاء



فحص وجراحة الكلي والمسالك  
البولية عبر المنظار

جراحة البروستات والمثانة عبر  
المنظار

جراحة الفتق والخصيتين

تفتيت حصي الكليتين  
والمسالك البولية بأشعة الليزر

العقم والعجز الجنسي  
عند الرجال

الأمراض التناسلية المعدية

الفتان والتبول اللاإرادي  
عند الأطفال

الفحص بالصدى

Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies  
genito-urinaires

Echographie urologique  
Lithotripte Extracorporelle

Stérilité masculine  
impuissance sexuelle

Maladies sexuellement  
transmissibles

Circoncision,  
enuresie chez l'enfant

Nom : houmsi abdallah

Consultation =200DH

Echographie =200 DH

**TOTALE :Quatre cent dirhams.**



192. شارع أبا شعيب الدكالي حي الفرح - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 82 10 22 - المحمول : 06 61 71 34 20

# مختبر التحليلات الطبية القدس

## Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale AL QODS

LARBI RAMDANI pharmacien biologiste

Casablanca le 13 avril 2020

M. HOUMSI ABDALLAH

|            |       |
|------------|-------|
| FACTURE N° | 74072 |
|------------|-------|

Analyses :

|                                    |   |     |               |
|------------------------------------|---|-----|---------------|
| Cytobactériologie des urines ----- | B | 140 | Total : B 140 |
|------------------------------------|---|-----|---------------|

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 187,60 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Quatre vingt Sept Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE AL QODS  
Hay Mohammadi  
Tél: 0522 60 18 65 / 0522 63 78 74  
Fax: 0522 60 78 68

# مختبر التحليلات الطبية القدس

## Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale AL QODS

LARBI RAMDANI pharmacien biologiste

Edition du : 15/04/20  
Réf. : 20D362

Code patient : 25477      du : 13/04/20  
M. HOUMSI ABDALLAH  
Docteur HASSAN FAIK

### EXAMENS MICROBIOLOGIQUES

#### EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

Prélèvement -----: Urines  
Aspect -----: Jaune clair limpide  
Culot -----: Faible.

#### EXAMEN CHIMIQUE

Sucre -----: Absence.  
Albumine -----: Absence.

#### EXAMEN CYTOLOGIQUE

|                              |          |      |      |
|------------------------------|----------|------|------|
| Leucocytes -----:            | 3        | /mm3 | < 10 |
| Hématies -----:              | 1        | /mm3 | < 10 |
| Cellules épithéliales -----: | 0        | /mm3 | < 10 |
| Cristaux -----:              | Absence. |      |      |
| Cylindres -----:             | Absence. |      |      |
| Parasites -----:             | Absence. |      |      |
| Levures -----:               | Absence. |      |      |
| Flore microbienne -----:     | Néant    |      |      |

#### CULTURE

Identification -----: Stérile.

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE AL QODS  
158, Bd. de Grande Ceinture - Hay Mohammadi  
Casablanca-Tel: 0522 60 18 65 / 0522 63 78 74 - Fax 0522 60 78 68