

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.

Biologie 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° M21- 066277

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08491

Société : RAM

78 157

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUITAM MOHAMMED

Date de naissance : 30/06/1958

Adresse : INARA 1 N° 49 Rue 32 lot DHAR

Ain Chok

Tél : 06 22 73 68 51

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) :

[Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

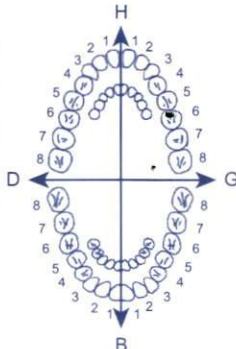
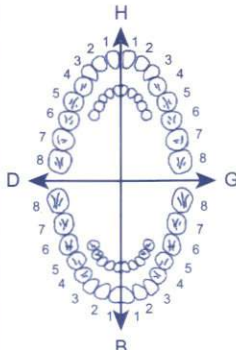
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

tant :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant 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

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 N° 448643

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KHOUDAM MOHAMMED
Matricule : 08491 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : HABITUELLE
Tél : 0602736851 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KHOUDAM MOHAMMED Age 37 06 58
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 6.7.2021
Nature de la maladie : Hypertension artérielle
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A CASA le 06.07.2021 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 448643
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
6.7.21	Cs + Echographie		450,00	091230391 Dr. Yassine ZAKARIA Chirurgien Urologue Bd. El Qods Résidence Al Hakim 5ème Etage Ain Chock - Casablanca 05 22 21 64 65 - GSM: 06 77 77 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 378, Bd. Dakhla Lot. Chirila Tél : 50.11.25 R.C. : 277319 Pat : 3402333 PHARMACIE SABRI	06.07.21	219,40
NPE 002051523		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
 2, Bd. El Qods, Résidence Al Hakim Ain Chock - CASABLANCA Tél : 05 22 21 22 11 - Fax : 05 22 21 22 39 INPE: 097061596 LABORATOIRE DE BIOLOGIE	07/07/21	B150	150,00 DU

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

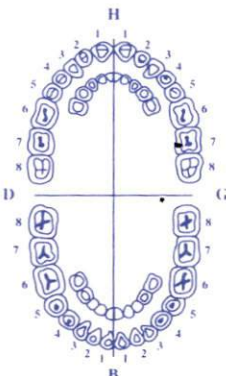
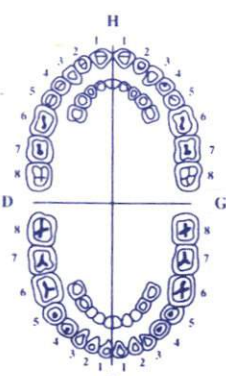
VOLET ADHERENT

* 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 car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
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></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412		21433552	D	00000000	00000000 G		00000000	00000000		35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																			
	25533412		21433552																			
	D	00000000	00000000 G																			
		00000000	00000000																			
		35533411	11433553																			
	B																					
				MONTANT DES SOINS																		
	(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Yassine ZARKIK

Chirurgien Urologue

Diplômé de la faculté de médecine de Lausanne

Ancien chef de clinique au CHUV Lausanne Suisse

Ancien Médecin Chef service Urologie à l'hôpital du valais - Suisse



الدكتور ياسين زرقيق

جراحة الكلي والمسالك البولية

أخصائي الجهاز البولي والتناسلي

خريج كلية الطب بلوزان - سويسرا

رئيس قسم الطب والجراحة سابقا بمستشفيات واليس - سويسرا

ORDONNANCE

Casablanca le : 6-7-2021

M^r KHOUTAM Mohamed
109, 40x2 - 219, 60
Cont. flos od

14/5 3m



Dr. Yassine ZARKIK

Chirurgien Urologue

Bd. El Qods Résidence Al Hakim

2ème Etage Ain Chock - Casablanca

Tel: 05 22 50 64 65 - GSM: 06 32 34 08 08

CONTIFLO[®] OD

PPV: 109DH70

30 Gélules à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

allongée,
Tout sym**CONTIFLO[®] OD 0.4mg**Boîte de 30 gélules à libération prolongée
Voie orale

utions

artiges,
rs d'un
position

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la re.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un do demandez plus d'informations à votre médecin ou à v pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vo remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

CONTIFLO[®] OD

PPV: 109DH70

30 Gélules à libération prolongée

Voie orale
0.4 mg

1. Dénomination du médicament

CONTIFLO[®] OD 0.4mg

Ce médicament contenant du chlorhydrate de tamsulosine, se présente sous forme de gélules à libération prolongée en boîtes de 10, 30 et 60.

2. Composition du médicament

- Substance active : Chlorhydrate de tamsulosine 0,4mg
- Excipients en q.s.p. une gélule à libération prolongée: cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, copolymère d'acide méthacrylique-acrylate d'éthyle, hydroxyde de sodium, triacétine, talc, dioxyde de titane, eau purifiée
- Composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, bleu brillant FCF, rouge cochenille A, jaune de quinoléine, jaune orangé S, dioxyde de titane (E171), azorubine, oxyde de fer jaune (E172).
- Liste des excipients à effet notoire : rouge cochenille A, jaune orangé S, azorubine.

3. Classe pharmacothérapeutique

ALPHA-BLOQUANTS / MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE.

4. Indications thérapeutiques

Qu'est-ce que CONTIFLO[®] OD 0.4 mg, gélules à libération prolongée et dans quel cas est-il utilisé ?

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains symptômes de l'hypertrophie (augmentation de volume) bénigne de la prostate.

5. Posologie et mode d'administration:

Prenez CONTIFLO[®] OD 0.4mg une fois par jour, avec ou sans nourriture. Demandez à votre médecin si vous devez ou non remettre à plus tard ou interrompre provisoirement votre traitement, en cas d'opération de la cataracte.

Ce médicament contient des agents colorants azoïques : Jaune orangé S (E110), rouge cochenille A (E124), azorubine (E122), qui peuvent provoquer des réactions allergiques.

Précautions d'emploi

La prudence s'impose chez les sujets traités par des médicaments antihypertenseurs, chez l'insuffisant rénal chronique, chez le sujet âgé de plus de 65 ans et chez le patient coronarien.

Hygiène de vie: il est recommandé de vous astreindre à une certaine hygiène de vie durant ce traitement et notamment: au maintien d'une activité physique; à la surveillance d'un régime alimentaire (éviter les repas riches, trop épicés, trop alcoolisés); ne pas trop boire le soir; maintenir un transit intestinal régulier.

9. Interactions

Prise ou utilisation d'autres médicaments

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, notamment si vous êtes déjà traité par un antihypertenseur alpha-bloquant, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

10. Utilisation en cas de grossesse et d'allaitement

L'indication thérapeutique de ce médicament ne concerne pas la femme.

La tolérance de ce médicament au cours de la grossesse et son passage dans le lait maternel ne sont pas connus.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

11. Les effets possibles du traitement sur la capacité à

Dr. Yassine ZARKIK

Chirurgien Urologue

Diplômé de la faculté de médecine de Lausanne

Ancien chef de clinique au CHUV Lausanne Suisse

Ancien Médecin Chef service Urologie à l'Hôpital du Valais - Suisse



الدكتور ياسين زركيق

جراحة الكلى والمسالك البولية

أخصائي الجهاز البولي والتناسلي

خريج كلية الطب بلوزان - سويسرا

رئيس قسم الطب والجراحة سابقا بمستشفيات واليس - سويسرا

ORDONNANCE

Casablanca le : 6.7.2021

M^r KHOUTAM Mohammed

Analyse Salivulaire

Laboratoire Othmani

Mohammed KHOUTAM

203840380



INPE: 093061596
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
Quartier Othmani - Ain Chock - CASABLANCA
N°2, Bd El Qods Résidence Al Hakim
Dr. Yassine Zarkik - Urologue
LABORATOIRE MEDICAL D'ANALYSES
Chirurgien Urologue
Bd. El Qods Résidence Al Hakim
2ème Etage Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 64 65 - GSM: 06 32 34 08 08

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

Facture

N° facture : 2021-4145

Edité le : 12/07/2021

Patient : Mme KHOUTAM Mohammed

Date prélèvement : 07/07/2021

N° Dossier : 203840380

Analyses	Valeur en B	Montant
ETUDE DU CALCUL URINAIRE	150	150,00
Total B	150	150,00
APB	0,0	15,00
Majoration de garde		
Total		150,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
Dr. Houda OTHMANI - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
TNPE: 093061596



Casablanca, le 12/07/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 203840380 Pvt du: 07/07/2021 11:53

Nom : Mme KHOUTAM Mohammed

Age : 63 ans

Demandé par Dr : ZARKIK YASSINE

Page : 1/1

ANALYSES DIVERSES

ETUDE DU CALCUL URINAIRE

Caractéristiques morphologiques :

Couleur :

Marron et gris

Taille :

3 particules 5mm/5mm et 5mm/5mm et 3mm/3mm

Nature Chimique :

Oxalate de calcium et oxalate de magnésium.

Valeurs Usuelles

Antériorité

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Laboratoire OTHMANI d'Analyses Médicales
Dr Houda OTHMANI - biologiste
N° 2, Bd El Qods, Résidence El Qods.
Quartier Omara, Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39



Casablanca le : 06/07/2021

Patient(e): **KHOUTAM MOHAMMED**

Age : **63 ans**

ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL URINAIRE

INDICATION :

colique nephretique gauche

prostatisme obstructif

RÉSULTATS:

- Rein droit en place, de taille normale, bien différencié et de contours réguliers sans dilatation des cavités excrétrices et sans image de lithiase échographiquement décelable.
- Rein gauche en place, de taille normale, bien différencié et de contours réguliers sans dilatation des cavités excrétrices et avec une image de lithiase de 3 à 4 mm échographiquement décelable au calice inférieur.
- La vessie est en réplétion satisfaisante, à paroi modérément épaissie et à contenu transonore sans masse ni polype mis en évidence.
- prostate homogène hypertrophique, d'un volume augmenté à 65ml.
- RPM non significatif.

AU TOTAL : (dans les limites de cet examen)

- calcul de 3 à 4 mm calice inférieur gauche non obstructif
- hypertrophie de la prostate obstructive 65ml

Dr. Yassine ZARKIK
Chirurgien Urologue
Bd. El Qods Résidence Al Hakim
2ème Etage Ain Chock - Casablanca
05 22 50 64 65 - GSM: 06 32 34 08 08

Dr. Yassine ZARKIK
Chirurgien Urologue

Diplômé de la faculté de médecine de Lausanne
Ancien chef de clinique au CHUV Lausanne Suisse
Ancien Médecin Chef service Urologie à l'hôpital du valais - Suisse



الدكتور ياسين زركيق
جراحة الكلي و المسالك البولية

أخصائي الجهاز البولي و التناسلي
خريج كلية الطب بلوزان سويسرا
رئيس قسم الطب و الجراحة سابقا بمستشفيات و ليس سويسرا

Casablanca le : 06/07/2021

Mr. KHOUTAM MOHAMMED

Facture n°2021-07-06*1

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 06/07/2021				
Cs	Consultation	1	200.00	200.00
Echographie	Appareil Urogénital	1	200.00	200.00
			Total	400.00

Arrêté le présent document à la somme de :
Quatre cent dirham(s).

Dr. Yassine ZARKIK
Chirurgien Urologue
Bd. El Qods Résidence Al Hakim
2ème Etage Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 64 65 - GSM: 06 32 34 08 08