

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'ordonnance 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.

Prothèse :

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 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- 1052395

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 671 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALIL ABDESLAM

Date de naissance : 1/1/1948

Adresse : Rue haddou moumen marocif case

Tél. : 06 57 242645 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2022

Nom et prénom du malade : Mohamed KHALIL Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hématurie

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) :

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
13/04/2022	C5 - Echo		550.00	
13/04/2022	Voir la facture		200.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2022	98,20

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.

Important :

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

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																								
	<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>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</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
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



ORDONNANCE

Dr:

Ksikos

Date : 13.04.22

Nom et Prénom du patient :

KHALAD
Abdesslam

Age :

38, 0
① Tamsulosine vin gelul 0,4mg
1 gelule by le soir
a 1 mois

PHARMACIE NOUVELLE ERI
Dr. TAYI Yasmine - Dr. CHRAID
rue Mohammed VI - 10000 Anfa d
Casablanca - Tél: 05 22 54 53 47



Signature:
Ksikos

Docteur KSIKES Mohsine
CHIRURGIEN UROLOGUE
ANDROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)

Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)

Casablanca, le : 13/04/22

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DES VOIES GENITO-URINAIRES

NOM, PRENOM : Mr Abdesslam KHALLAD

REIN DT :

Rein de taille normale , bon index cortico-médullaire.

Absence de dilatation pyélo-calicielle.

Pas de lithiase .

REIN G :

Rein de taille normale , bon index cortico-médullaire .

Présence d'une discrète dilatation pyélo-calicielle.

Pas de lithiase .

VESSIE :

Vessie transsonique

Absence de processus tumoral intra-vesical

Pas de lithiase

RESIDU POST-MICTIONEL :

Non Significatif.

CONCLUSION :

Présence d'une discrète dilatation pyélo-calicielle gauche

Dr. KSIKES Mohsine
CHIRURGIEN UROLOGUE
Diplômé de la F
275, Boulevard de la F
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
Tél: 022 433.67 - G.S.M. 061 09 88.77

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 806 / 2022 du 13/04/2022

Nom patient : **KHALLAD ABDESLEM**

Entrée 13/04/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
ECHOGRAPHIE	1,00	ECHOGRAPIE	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

Total 200,00

Immatriculation

Affiliation

N° prise en charge :

Part organisme 0,00

Part patient 200,00

مصحة الحياة الواريس
AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand - Quartier Oasis
Casablanca
Tél: 0522 999 444
Fax: 0522 254 613

Docteur KSIKES Mohsine
CHIRURGIEN UROLOGUE
ANDROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)
Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)

Casablanca le : 13/04/22

NOM, PRENOM : Mr Abdesslam KHALLAD

NOTE D'HONORAIRES

Consultation
+ Echographie abdomino-pelvienne : 550 dh

Dr M KSIKES

Dr KSIKES Mohsine
CHIRURGIEN UROLOGUE
ANDROLOGUE
Diplôme de la faculté de médecine de Bruxelles
225, Boulevard de la Liberté - Casablanca
Tél: 022 27 33 67 - 68 88 77



AL HAYAT OASIS CLINIC

13/04/22 21:11:22

MI 0.4 TIs 0.2 C2-5-F

Prosta

B
Frq
Gn
E/A
CarteD
D 1
DR
FR
AO
XBea m

0-

5-

10-

15-

GE





AL HAYAT OASIS CLINIC

13/04/22 21:10:35

MI 0.4 TIs 0.2 C2-5-F

Proste

B
Frq
Gn
E/A
CarteD/
D 1
DR
FR
AO
XBea m

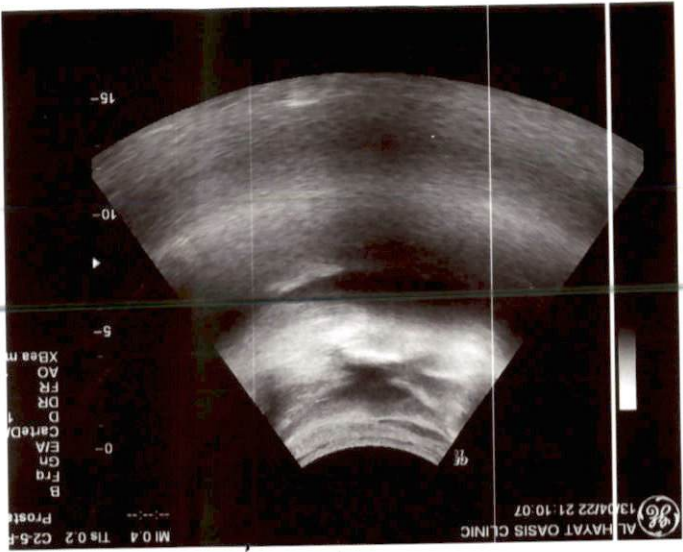
0-

5-

10-

15-





Prostate
MI 0.4
TIs 0.2
C2-6-F

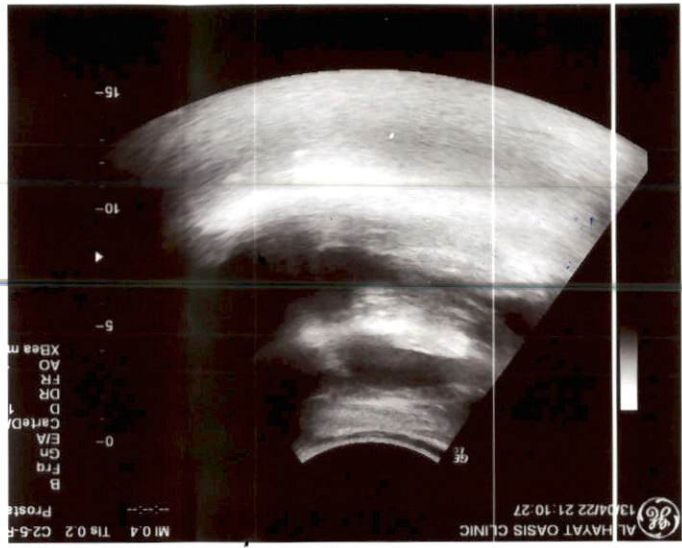
B
Frg
Gn
E/A
CarteD
D
DR
FR
AO
XBee m

AL HAYAT OASIS CLINIC
13/04/22 21:10:07



13 91 82

M2 KHALIL A D Al-Hayyat



B
Frq
Gn
E/A
CarteD
D
DR
FR
AO
XBee m

MI 0.4 TIs 0.2 C2-5-F
Prosta

AL HAYAT OASIS CLINIC
13/04/22 21:10:27