

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-630452

122805

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 52-13	Société : Royal AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BICKAI JABRI			
Date de naissance : 08/12/1964			
Adresse : 11 Rue Michel ange Q-Maine			
20050 Casablanca			
Tél. : 06 61 10 02 51	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

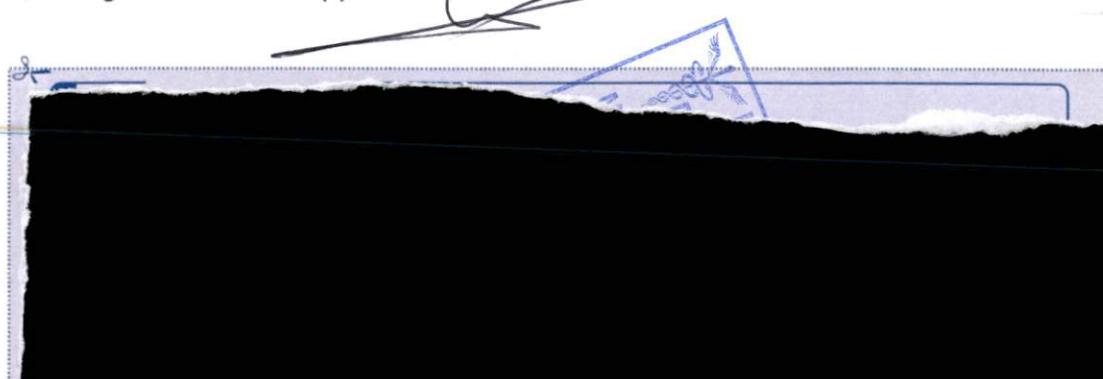
Cachet du médecin :	Centre d'Urologie Professeur Saïd BENJELLOUN - Chirurgien Urologue Ancien Chef du Service d'Urologie B.P. Zerktouni, Résidence les fleurs Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12 13/14
Date de consultation : 12/07/2022	Age : 58
Nom et prénom du malade : BICKAI JABRI	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Prostata	
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 : Casablanca

Le : 12/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des  
Actes

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
Suivi administratif	5000 F	3000 F

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

Centre d'Urologie  
professeur Saâd BEN JELLOUN  
chirurgien Urologue  
chez du Service d'Urologie  
unité, Résidence les Fleurs  
Tél: 527 88 01 Date: 12/3/14

## **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 Cœfficients

**Montant  
des Honoraires**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## Cachet et signature du Particien

Date des  
Sous

AN

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
BC	IM	IV	

#### Violet Adherent

## **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$  \begin{array}{c c}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  \end{array}  $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

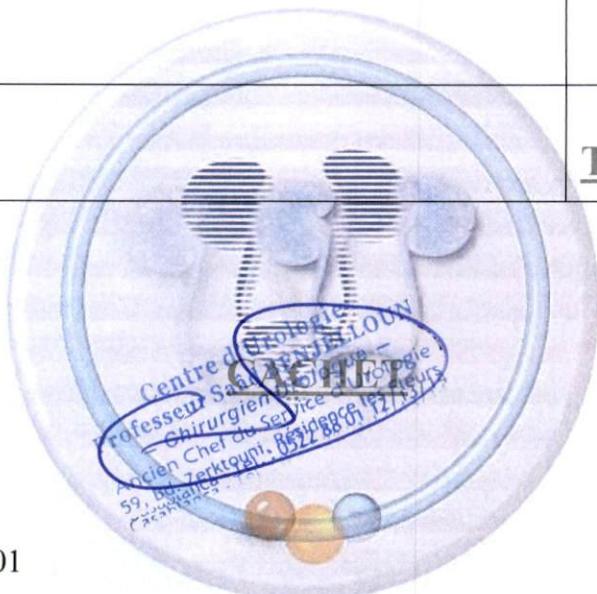
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**FACTURE N°22071201**

Casablanca, le 12.07.2022

*Je soussigné, certifie que **MONSIEUR BEKKALI NABIL** payé la somme de :*

**900.00 (NEUF CENT DIRHAMS) ESPECIE**



N°I.C.E :001638312000001

Casablanca le 12 juillet 2022

Monsieur BEKKALI NABIL

*Le rein droit à une taille normale avec une bonne différenciation cortico – médullaire, il n'y a pas de dilatation des cavités excrétrices, le contour rénal est régulier, l'épaisseur du parenchyme est normale*

*le rein gauche à des dimensions normales avec une bonne différenciation cortico – médullaire, il n'y a pas de dilatation des cavités excrétrices, le contour rénal est normal, l'épaisseur du parenchyme est normale,*

*la vessie à des contours réguliers, il n'y a pas d'anomalies intra – luminales,*

*La prostate est examinée par voie rectale son aspect est homogène, par ailleurs il y a une bonne différenciation entre les zones périphériques transitionnelles, le volume de la prostate est estimé à 16,7 cc*

*Conclusion : échographie rénale et vésico-prostatique normale*

Professeur saad Benjelloun



Centre d'Urologie  
Professeur Saad BENJELLOUN  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59 Boulevard Zerkouni, Casablanca, Maroc  
Téléphone : +212 52 44 31 12 73 / 4

N°I.C.E :001638312000001



BEKKALI NABIL 13431420220712

Pr BENJELLOUN ... Affiniti 7...

12/07/2022 14:46:46

ITm0.3 IM 1.3

Prostate Pr Ben

C5-1

27Hz

RV

Z 10

Vessie

♦ Long. prostate 2.81 cm  
♦ Haut. prostate 2.73 cm  
♦ Larg. prostate 4.17 cm  
Vol prostate 16.7 ml

16cm

BEKKALI NABIL 13431420220712

Pr BENJELLOUN ... Affiniti 7...

12/07/2022 14:46:14

Prostate Pr Ben

C5-1

27Hz

RV

Vessie

M3

2D  
62%  
R Dyn 55  
P Bas  
HGén

16cm

BEKKALI NABIL 13431420220712

Pr BENJELLOUN ... Affiniti 7...

12/07/2022 14:45:18

ITm0.3 IM 1.2

Abd rénal

C5-1

32Hz

RV

Rein Gauche

M3

2D  
57%  
R Dyn 48  
P Bas  
HGén

♦ Dist 9.64 cm

16cm