

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
- 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° W21-712922

124321

pay courroy

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1670 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Médecin
Nom & Prénom : CHANNAY HASSAN
Date de naissance : 25/05/47
Adresse : 16, rue Constantine HASSAN
Tél : 0663041900 Total des frais engagés : 1135,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr A. IBENATTYA
Urologue
Clinique Ibnou Rochd Raba
Tel : 0537672421
Fax : 0537674508

Date de consultation : 24/06/22
Nom et prénom du malade : Dr Chehuan Nohelken Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique
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 : Rabat le 24/07/22
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-712922
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
Matricule : 1670
Nom de l'adhérent(e) : CHANNAY HASSAN
Total des frais engagés : 1135,20
Date de dépôt : 24/07/22
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/6/22				INP: [Signature] Dr A. IBENATTO Urologue Boulevard Rochd Rana Clinique Tel: 837672421 837673500

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie</p> <p>BOU</p>	26/06/2022	637,20

PHIES	
des	Montant
s	des Honoraires
102070414	
28622 KUA	500 FR

[illegible]

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

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'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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE IBNOU ROCHD RABAT

SARL



مصحة ابن رشد الرباط

ش.م.م.

18, Avenue Ibnou Rochd - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 24 21

Fax : 05 37 67 45 97

C.N.S.S : 8383789 - I.F : 40428135

Patente : 25741058 - ICE : 002958253000073

E-mail : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

18, شارع ابن رشد - أكدال - الرباط

الهاتف : 05 37 67 24 21

الفاكس : 05 37 67 45 97

ص.و.ض.ج : 8383789 - ت.ض : 40428135

البتاتنا : 25741058 - ر.ت.م : 002958253000073

البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

25/01/22

M. Ghaouan

Mohes Hana

15930 x 4 = 63720

- Flat nel CP 10

18/15 min / 13 min

صيدلية صومعية حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Tajeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat

Dr. A. IBEN ATTIA
Urologue
Clinique Ibnou Rochd Rabat
Tel : 0537672421
Fax : 0537674597

CLINIQUE IBNOU ROCHD

RABAT

SARL

مصحة ابن رشد الرباط

ش.م.م

18, Avenue Ibnou Rochd - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 24 21

Fax : 05 37 67 45 97

C.N.S.S : 8383789 - I.F : 40428135

Patente : 25741058 - ICE : 002958253000073

E-mail: CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

18، شارع ابن رشد - أكدال - الرباط

الهاتف : 05 37 67 24 21

الفاكس : 05 37 67 45 97

ص.و.ض.ج : 8383789 - ت.ض : 40428135

البتاننا : 25741058 - ر.ت.م : 002958253000073

البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

25/16/22

Mr Glaucous

Mohamed Hassan

(2)

for W.P. - Echographie -
véhicule - prototype -
évaluation de

RPN

Radiologie Centre Ville
Dr. Chihab BENMOUSSA
8, Rue Moulay Slimane - Rabat
Tél.: 05 37 72 51 36 / 05 37 72 64 87
GSM : 06 61 22 24 13

Pr A. BENATTIA
Clinique Ibnou Rochd
Tél : 05 37 67 24 21
Fax : 05 37 67 45 97



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

☒ valable 3 mois

Le 22/6/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Esabbah Rhizlan Ghannam

Présente hypertension, HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de : ALD

Dont ci-joint ordonnance : ou ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522 22-78-14 ou 0522 22-78-15 / fax : 0522 22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Hamdoun L. Ben Abdellah
Endocrinologie - Diabète
154, Av. Allal Ben Abdellah
Tél : 05 22 78 79 78
E-mail : hamdoun.l.benabdellah@gmail.com

PPV: 159DH30



ur.

s.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

PPV: 159DH30



gie
l'intérieur.

ion.
enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

PPV: 159DH30



ur.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

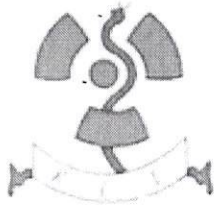
PPV: 159DH30



intérieur.

1.
enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.



عيادة الفحص بالأشعة
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديولوجي - مسالك - إيكوغرافية - راديولوجيا - أشعة

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Patente N° 25109678 ICE 000016140000041
R.C N° : 49433, IF: 03302816, CNSS : 6077798



Rabat le : 28/06/2022

FACTURE N° : 2506/2022

Je Soussigné, Dr C. BENMOUSSA certifie que GHANNAM MOHAMED HASSAN a effectué la radiographie
suivante :

ECHOGRAPHIE RENO-VESICO-PROSTATIQUE

500,00

Dont le montant est :

500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de: CINQ CENTS DIRHAM(S)

Type de paiement : ESPECES

Dr C. BENMOUSSA

Radiologie Centre Ville
Dr. Chihab BÉNMOUSSA
8, Rue Moulay Slimane - Rabat
Tél.: 05 37 72 51 36 / 05 37 72 64 67
GSM : 06 61 22 24 13

Residence Royale, 8 Rue Moulay Slimane - Appt, 1 (Face à la Wilaya) - Rabat

Tél (00) (212) 05 37 72-51-36/72-64-87 Fax : 72-64-87 GSM : 06 61 22 24 13

E-mail : radcentreville@hotmail.com



عبد القدر الفخري
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديولوجي - مسكنير - إيكوغرافية - راديو الأسنان و الثدي

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Rabat le : 28/06/2022

Patient Nom et Prénom : Mr. GHANNAM MOHAMED HASSAN
Prescripteur : PR IBEN ATTIA A.
Date d'examen : 28/06/2022

ÉCHOGRAPHIE RÉNALE ET VÉSICO-PROSTATIQUE

Mesures :

* Rein droit	: 115 x 63 x 63 mm	Cortex : 18 mm.
* Rein gauche	: 108 x 61 x 50 mm	Cortex : 16 mm.
* Prostate	: 127 cc	RPM : 65 cc.

Echostructure :

1. Étage rénal :

- * Bonne différenciation cortico-médullaire bilatérale.
- * Absence de dilatation des cavités pyélo-calicielles.
- * Absence de calcul à l'étage rénal.
- * Kyste cortical simple, polaire inférieur gauche, mesurant 38 x 37 x 35 mm.

2. Étage pelvien :

- * Vessie transsonique et à paroi crénelée.
- * Prostate augmentée de volume (95 cc), d'échostructure hétérogène, soulevant le trigone vésical.
- * Absence de résidu post-mictionnel pathologique (21 cc).

Conclusion :

- * Hypertrophie prostatique chiffrée à 127 cc.
- * Absence de RPM pathologique : 65 cc.
- * Absence de retentissement sur les voies urinaires supérieures.

Merci de votre confiance
Dr C. BENMOUSSA

Radiologie Centre Ville
Dr. Chihab BENMOUSSA
8, Rue Moulay Slimane - Rabat
Tél.: 05 37 72 51 36 / 05 37 72 64 87
GSM : 06 61 22 24 13

