

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 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

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-712922

par courrier

124321

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1670 Société : RTM
 Actif Pensionné(e) Autre : GHAZZAN MESSASSAN
 Nom & Prénom : GHANAYAN 25/05/47
 Date de naissance : 16, Rue Constantin ASSAN
 Adresse : 0663041900 Total des frais engagés : 1137,20 Dhs
 Té : 0537672421

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/22

Nom et prénom du malade : Dr Chekoua Nabil Hiba Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie d'origine

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 04/07/2022 Le 04/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

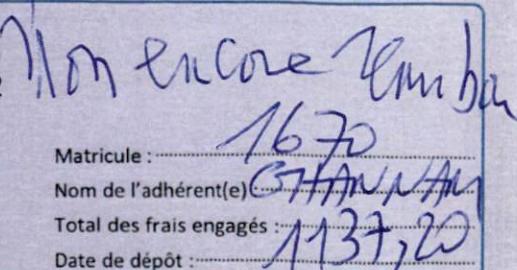
Déclaration de maladie

N° W21-712922

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1670
 Nom de l'adhérent(e) GHANAYAN
 Total des frais engagés : 1137,20
 Date de dépôt :



RELEVE 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 : <i>Le 28/6/22</i> Dr. A. IBENI Urologue Clinique Daou Rochd Raïs Tel: 051/672421 Fax: 051/674500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie SAWMAAT Hassan</i>	28/6/22	637.20

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Montant des Honoraires
<i>Dr. A. IBENI</i> 28/6/22	28/6/22	500.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date 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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical line through the center of the arches is labeled D on the left and G on the right. A horizontal line through the arches is labeled B at the bottom				

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 : 40428135 - ت.ض. : 8383789
البيانا : 002958253000073 - ر.ت.م : 25741058
البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

25/10/22

n° 6 hanan

Mohamed Hessa

$$159300 \times 4 = 637200$$

- Flat rate 10

18/10/2022 13 min

مصحة ابن رشد
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél : 05 37 67 24 21

A. IBN ATTYA
Urologue
Clinique Ibnou Rochd Rabat
Tel : 0537672421
Fax : 0537674590



مصحة ابن رشد الرباط

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 - أكادال - الرباط

الهاتف : 05 37 67 24 21

الفاكس : 05 37 67 45 97

ص.و.ض.ج : 8383789 - ت.ض : 40428135

البناية : 25741058 - ر.ت.م : 002958253000073

مصحة ابن رشد الرباط
E-mail: CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

25/6/22

M. Ghannoum

Mohamed Hassan ②

for W.P. - Tchir n° 1 -

reims - portatif -

évaluation de

R.P.N

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

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

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. :

ESSABBALAH RHYZLAH GHANMAM

Présente

athymie, HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

ACLD

Dont ci-joint ordonnance :

voir 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 Hamdouli Lya
Endocrinologie - Diabète
16, Av. Allal BENABDELLAH
Tél. 0522-22-79-78
E-mail : hamdouliya@gmail.com



eur.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.



sur.
i l'intérieur.

ion.
enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.



eur.

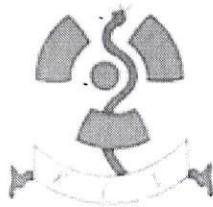
بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.



sur.
i l'intérieur.

ion.
enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.



عيادة الفحص بالأشعة
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديوجرافيا - سكانر - إيكوغرافيا - رسم الأشعة - التصوير

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

Résidence 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



جامعة الفحص باللائحة RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديو لوچس - مکانیبر - ایکوغرافیہ - رادیو الاسنان و الشذی

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 ATTYA 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. : 0537 72 51 36 / 0537 72 64 87
GSM : 0661 22 24 13

