

# 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.



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

*El Phone le 010822*  
**Déclaration de Maladie**  
**M22- 0006813**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7559**

Société : **195184**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **ACHEHBOUNE Nadia**

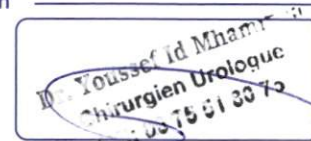
Date de naissance : **06/11/1964**

Adresse :

Tél. : **0662 161528** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **14/05/2022**

Nom et prénom du malade : **RAOUL YAKIME** Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Varicelle**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : **14/05/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Nadia**



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/05/22	Ecographie	900,00
		Doppler	
		scatologie	

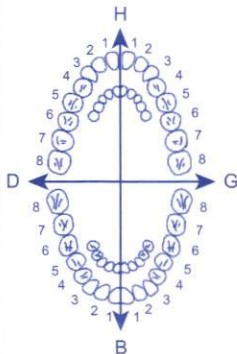
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

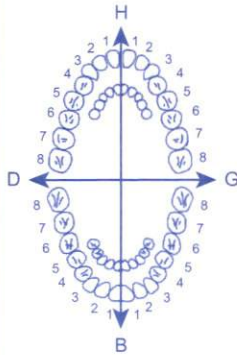
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				FIN D'EXECUTION	

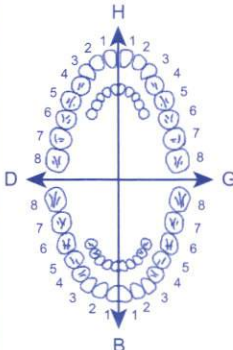
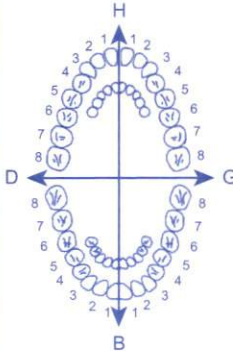
  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez 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			
					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					
	<div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>		
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>		
				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>		
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Id Mhammed Youssef**  
Chirurgien - Urologue



Ancien Chef Clinique  
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Berclone

**الدكتور إد محمد يوسف**

إختصاصي في طب وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والجهاز التناسلي

إختصاصي سابق  
في مستشفيات فال ديبرون، برشلونة

Casablanca, le : .....

**RAOUZ YASSINE**

-Echodoppler scrotale

-Ecarter varicocèle gauche.

CASABLANCA, le 14-05-2022

**Dr Youssef Id Mhammed**  
Chirurgien Urologue  
Tél : 06 75 51 80 75

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 58 663 / 2022 du 16/05/2022

Nom patient : **RAOUZ YASSINE**

Entrée 16/05/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE-DOPPLER SCROTALE	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	900,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>900,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
NEUF CENTS DIRHAMS	<b>Total 900,00</b>

Encaissements			Carte Bq 900,00		<b>Total encaissé</b> 900,00	<b>Solde</b> 0,00
---------------	--	--	--------------------	--	---------------------------------	----------------------

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 05 29 03 53 45  
E-mail : www.hck-fckm.ma



CASABLANCA, le 16/05/2022

PATIENT

: RAOUZ YASSINE

### **ECHODOPPLER TESTICULAIRE**

**TECHNIQUE** : Examen réalisé à l'aide d'une sonde de 5 et 7.5 mhz en mode B et en doppler couleur.

### **RESULTATS** :

- **A gauche :**
  - Testicule de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
  - Epididyme de taille et d'échostructure normales.
  - Absence d'hydrocèle.
  - **Présence d'une dilatation serpentineuse des plexus veineux sans incontinence des vaisseaux du cordon spermatique comme en témoigne le tracé pulsé Doppler lors de la manœuvre de Valsalva.**
- **A droite :**
  - Testicule de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
  - Epididyme de taille et d'échostructure normales.
  - Absence d'hydrocèle.
  - Absence de varicocèle.

### **CONCLUSION** :

- **Aspect écho-Doppler de varicocèle gauche sans incontinence des vaisseaux du cordon spermatique (grade I).**

Classification de Hirshen :

Grade 1	Absence de reflux spontané ou discret Reflux <1s en Valsalva
Grade 2	Reflux < 2s, décroissant en Valsalva
Grade 3	Reflux spontané permanent, ou >2s en plateau constant en Valsalva.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr J. HABI**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fcim.ma