

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-773497

149827

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7824 Société : RSM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : YAHYA OMAN
 Date de naissance : 12-06-1969
 Adresse : DOMAINE DE DARR OULA 129
 DAR BARRA ROSS
 Tél. : 0661 21 21 63 Total des frais engagés : 1015 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue - Andrologue
Sexologue
Tél : 06 56 206 206

Date de consultation : 29 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : YAHYA OMAN Age :

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

Nature de la maladie : Trouble urinaire

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 : ROSS Le : 06 / 12 / 23

Signature de l'adhérent (e) :

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
29/12/22	CS		300 DH	INP : 091410864 Docteur Hamza Boudia Urologue - Andrologue Sexologue Tél : 06 56 206 206
	échg		300 DH	

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 Coefficients	Montant des Honoraires
	29/12/22	B300	415 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné, **Dr. EL NEIL HAMZA.**

Présentes meilleurs vœux de rétablissement à :

Mr. YAHYA IMAD.

Et lui présente ma note d'honoraire de 600DH.

Le 29/12/2022 à Casablanca.

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue - Andrologue
Sexologue
Tél : 06 56 206 206

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



Cabinet Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

29/12/2022

M^r Imad Yahya

PSA

Mr YAHYA Imad
12-06-1969
2212290046



0303



Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478

إقامة المولد 4 مدخل (ب) الطابق 3 شقة رقم 36 ملتقى شارع أنوال وشارع عبدالمؤمن • الدار البيضاء

Résidence AL MAWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 - Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen - B.P. 20340 - Casablanca
Tél.: 0522 23 42 97 - Urg : +212 656 206 206 - elneilhamza@hotmail.com - N° ICE : 002752425000008 - INPE : 091186478

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2212290046

Mr Imad YAHYA

Demande N° 2212290046

Date de l'examen : 29-12-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	PSA Total	B300	B

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 415 DH

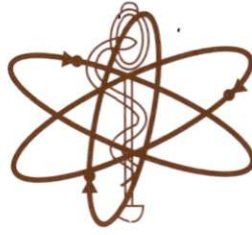
Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quinze dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Mr Imad YAHYA

Né(e) le : 12-06-1969

Dossier N° : 2212290046

Date de l'examen : 29-12-2022

Prélevé le : 29-12-2022 16:36 en interne

Edité le : 31-01-2023

DR : Dr Hamza EL NEIL

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

MARQUEURS TUMORAUX

échantillon primaire : sérum

PSA Total [AC]
(ECLIA- COBAS 6000® Roche)

0.922 ng/mL (<3.100)

01-02-2022
0.592



Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

CASABLANCA LE 29/12/2022

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-PROSTATIQUE

MR IMAD YAHYA

LE REIN DROIT DE TAILLE ET MORPHOLOGIE NORMAL SANS DILATATION DES CAVITES EXCRETRICES NI IMAGE DE CALCUL

LE REIN GAUCHE DE TAILLE ET MORPHOLOGIE NORMAL SANS DILATATION DES CAVITES EXCRETRICES NI IMAGE DE CALCUL

VESSIE PRESQUE VIDE

PETITE PROSTATE HOMOGENE AVEC CALCIFICATION PERIPHERIQUE

Cabinet Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091133476