

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

M23- 0026838

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1155 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GOTNI AHMED
Date de naissance : 09-07-1962 / 98765
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2024
Nom et prénom du malade : GOTNI AHMED
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection urinaire Pathologie
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
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 : / / Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS

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
11.03.24	C3		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
	11.03.24	Echographie	300 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

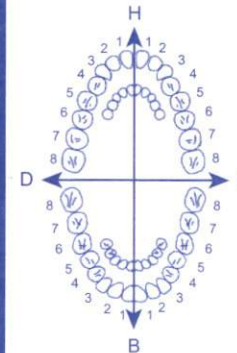
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	B

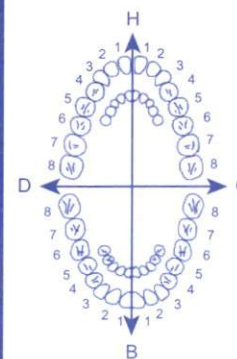
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hassan Bennani Dosse

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de rabat

membre de l' Association Marocaine d'Onco-Urologie

Chirurgie et Endoscopie des reins et des voies uro-génitales

Laser Prostate

Cancérologie uro-génitale

Statique Pelvienne et incontinence urinaire

Infertilité masculine et impuissance sexuelle

Lithotripsie et laser des calculs urinaires

Circuncision

Echographie et explorations urodynamiques



الدكتور حسن بناني ضوس

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

عضو بالجمعية المغربية لسرطان المسالك البولية

اخصائي في الجراحة والتشخيص بالمنظار للمسالك البولية والأعضاء التناسلية

سرطان الكلى والمثانة والبروستات

السلس البولي

العقم والتجزع الجنسي

الخصان

تفتيت بدون جراحة لحصى الكلى والمسالك البولية

الفحص بالصدى

11/03/2024

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : Mr GOTNI AHMED

Nature de l'acte

✓ Consultation C3 =300dhs

✓ Echographie rénale et vésico-prostatique =300dhs

La présente note d'honoraires s'élève à la somme

De : Six cents dirhams (600dhs).

47, Emeraude center, Bd Oued Laou, (en face de Station Afrikaia - Marjane Hay Hassani)

Appt 2, 1er Etage, Quartier Hay Hassani - Casablanca

Tel: +212 5 20 582 782 /Gsm: + 212 6 61 21 17 91 / E-mail: urologiehayhassani@gmail.com

Patente: 35007078 -ICE : 003232499000023 -IF : 97041457



11/03/2024

Le :

Nom et prénom : Mr GOTNI AHMED

ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE

Résultats :

- ✓ Les reins sont de taille normale de contours réguliers, d'échostructure homogène, mesurant respectivement 10.99cm à droite et 11.09cm à gauche.
- ✓ Pas de dilatation des cavités rénales.
- ✓ Vessie en bonne réplétion à paroi régulière.
- ✓ La prostate mesure approximativement 3.52/3.69/3.23cm soit un volume de 21.94cm³ d'échostructure homogène.
- ✓ Pas d'anomalie des vésicules séminales et de la graisse péri-prostatique.
- ✓ Après miction il ne persiste pas de RPM.

Au total :

➤ **Echographie rénale et vésico prostatique normale.**

DR BENNANI DOSSE
Chirurgien Urologue
47 Bd Oued Laou, Quartier Hay Hassani - Casablanca
Tél : +212 5 20 582 782

47, Emeraude center, Bd Oued Laou, (en face de Station Afrikaia - Marjane Hay Hassani)

Appt 2, 1er Etage, Quartier Hay Hassani - Casablanca

Tél : +212 5 20 582 782 / Gsm : +212 6 61 21 17 91 / E-mail : urologiehayhassani@gmail.com

Patente : 35007078 - ICE : 003232499000023 - IF : 97041457



GOTNI AHMED

