

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



Déclaration de Maladie

N° W21-798485

ND 138325

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1670 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : se hante

Nom & Prénom : GHANAWAN MED HASSAN

Date de naissance : 25/5/1947

Adresse : 16, rue Concorde HASSAN

Tél : 066341900 RABAT

Total des frais engagés : 1227,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

P. A. IBEN ATTYA
Urologue
Clinique Ibnou Rochd Rah
Tel : 0537672421
Fax : 0537672421

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/23

Nom et prénom du malade : D. Ghanawan Hassan Age : 78 ans

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

Nature de la maladie : Prostate

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.

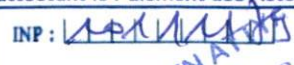
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 19/11/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
13/11/23		3	G	INP : 

Pr. A. IBEN ABDEL
Urologue
Clinique Ibnou Rochd Rabat
Tél : 037672421
Fax : 037674500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sawmaat Hassan Taleb BOUZIRI Rue de l'Unité Africaine - Rabat Tél : 05 37 72 02 50	13/11/23	885,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire du Maroc 5, Rue Hussein 1er 05 37 72 02 50 / 73 05 09 Rabat Tél : 05 37 72 02 50 Fax : 05 37 72 02 50	13/11/23	B200 Per	341,60 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

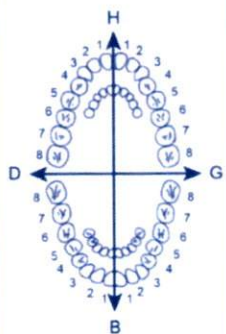
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

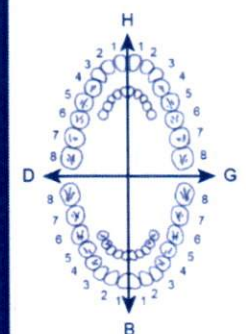
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

CLINIQUE IBNOU ROCHD RABAT
SARL



مصلحة 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
البيانات : 25741058 - ر.ت.م : 002958253000073
البريد الإلكتروني : CLINIQUE.IBNOU.ROCHD@menara.ma

13/12/23

M' Ghannouch Hassan
14760 < 6

- F. Labrel no CP

1 cp de 18

85,60

صيدلية صومالية
Pharmacie Sammaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Rabat
Place de l'Unité Africaine
Tel.: 05 37 72 02 50

Pr. A. IBEN ATTIA
Urologue
Clinique Ibnou Rochd Rabat
Tel : 0537672421
Fax : 0537674597 (fx)

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



Prélevé le : 14/12/2023 Edité le : 14/12/2023
Dossier N° : 2231214-0032 MPRASS

*

Mr GHANNAM Mohamed Hassan

Dr IBENATYA AHMED

Patient né(e) le : 25/05/1947 Sexe: M

MARQUEURS ANTIGENIQUES

ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE

P.S.A. _____
Immuno Enzymo Microparticulaire

3.69 ng/ml

(VR: < à 4.00)

21/07/2023 : 2.74

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
INPE 107164049
Laboratoire du Maghreb



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES

Pr A. BENOUDA

DATE FACTURE	FACTURE	N° FACTURE
14/12/2023		OPR116506_23

PYT

22312140032	GHANNAM MOHAMED HASSAN
-------------	------------------------

N°	CODE	ANALYSE	LETTRE	NBRE B	MONTANT
1	PSAT 1	ANTIGENE SPECIFIQUE PROST	B	300	402.00



Total B :	300
Montant Prélèvement :	25.00

Total Facture :	341.60
-----------------	--------

Arrêter la présente facture à la somme de : trois cent quarante et un dirhams et cinquante-neuf centimes TTC.

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussien 1er
Tél: 05 37 72 66 93 / 05 37 73 05 09
Fax: 05 37 73 05 92 - Rabat
L.N.P 103001921
02

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

البيانات : 25741058 - ر.ت.م : 002958253000073

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

13/14/23

M. Ghaoui

Hassan

faire sur : PSA total

Pr. A. IBEN ATTIA
Urologue
Clinique Ibnou Rochd Rabat
Tél : 0537672421
Fax : 0537674597

LABORATOIRE DU MAGNÈSE
5, Rue Moussir 1er
Tél : 05 37 72 56 95 / 72 45 09
Fax : 05 37 72 56 94
I.N.P. 103001921
05

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg ○

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg ○

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg ○

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg ○

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg ○

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**

Composition par comprimé:

Alfuzosine chlorhydrate 10 mg

Excipient à effet notoire: Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV:147 DH 60



Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg ○

30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

**30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale**