

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-443659

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 302 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite
 Nom & Prénom : DAHBI ELKBI
 Date de naissance : 01-09-1938
 Adresse : 2 Rue All. Asterdoren CIL CHCH
 1141 HASSEN
 Tél. : 0682389336 Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Bentiss Mohamed K...
Chirurgien Urologue
19, Bd Ibn Sina - Casablanca
Centre Cardiologique Casablanca
Tél : 0522 36 87 85

12 SEP. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : CHCH Le : 19 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
05/09/19	C3	C3	3-18	INP : 09 11 81 81 81 4

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
Service de Radiologie CASABLANCA	04/09/19	T.R.P. prosthétique	25000

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 :

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	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

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue – Andrologue



الدكتور

محمد رضا السنتيسي
جراح المسالك البولية و التناسلية

Ordonnance

Casablanca le 19/04/19 : الدار البيضاء في

Mr. EL KHAÏ - EL KHAÏ

Clinique TERRADA
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 33 37 48

22A = 13 y Lel
la dureté du test
droit.

~~IRM~~ ~~potentiel~~



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 04-09-2019

Facture N° 15598/19

A. Identification

N° Dossier : 19I0420211

N° Identifiant : 014639

Nom & Prénom : M. DAHBI EL KBIR

C.I.N : K22452

Adresse :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-09-2019

Date Sortie : 04-09-2019

Médecin traitant : DR . SENTISSI MOHAMED REDA

Traitement : MASSE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	IRM PROSTATIQUE		2 500,00			2 500,00
Total Rubrique :						2 500,00
PARTIE CLINIQUE :						2 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 2 500,00

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 99 37 48

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue – Andrologue

الدكتور

محمد رضى السنتيسي
جراح المسالك البولية و التناسلية

INP 091185884

PATENTE 35801670

IDETIFIANT FISCAL 40150771

Casa, le 05/09/2019

Mr DAHBI ELKBIR

NOTE D'HONORAIRE

Consultation

300dhs

TOTAL : 300,00 Dhs

Arrêtée la présente note à la somme de trois cent dirhams.

Dr Sentissi Mohamed Reda
Chirurgien Urologue
19, Bd Ibn Sina - Casablanca
Centre Cardiologique Casablanca
Tél: 0522 36 97 85

19, Bd Avicenne - Casablanca - Email: med.reda.sentissi@gmail.com
Fixe : 0522.36.97.85 - Gsm : 0661.06.56.71



04/09/2019

Casablanca, le

PATIENT : DAHBI EL KBIR

PRESCRIPTEUR: DR SENTISSI

IRM PROSTATIQUE

INDICATION : PSA à 13

TECHNIQUE :

Séquences axiale T1 et diffusion.

Séquences T2 dans les 3 plans.

Axial LAVA perfusion FS après gadolinium.

RESULTATS :

Prostate hypertrophiée hétérogène, de contours réguliers, mesurant 33g.

La zone périphérique est inhomogène, siège d'un nodule encapsulé apico-médian droit (région PZpm) en signal intermédiaire T2, en hypersignal diffusion avec un ADC bas.

Après injection de contraste, il se rehausse avec wash in et wash out portal et mesure 13.6mm de grand axe.

Présence d'un second foyer en plage, basal droit (région PZpl) de mêmes caractéristiques, se rehaussant sans wash in ou wash out et mesurant 10mm de grand axe.

La zone transitionnelle est hétérogène, sans nodule suspect décelable.

Respect de l'hyposignal T2 capsulaire.

Les vésicules séminales sont de signal homogène.

Vessie diverticulaire.

Aspect normal de la graisse péri prostatique.

Aspect normal de la paroi rectale et de la graisse péri rectale.

Absence de ganglion péri-prostatique ou au niveau de la chaîne iliaque.

Absence normal des muscles pelviens.

CONCLUSION :

Nodules apico-médian et basal périphériques droits classé PIRADS 4.

Pas de nodule transitionnel suspect.

Merci de votre confiance.

Dr. AKDIM

