

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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  
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° P19- 052784

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : BAH

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDEL MALIK

Date de naissance : 01/06/53

Adresse : 15, Rue EL caïd Ahmed

Tél : 0661253157

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. Nasser ESSAKALLI  
UROLOGUE  
100, Bd Brahim Roudani - Maârif  
Tél : 0522.23.35.52 - Casablanca

Date de consultation : 04 / 09 / 2020

Nom et prénom du malade : CHRAÏBI Abdelmalik Age : 67

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature :



# 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
04 SEP 2020	échographie	+	7000	

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

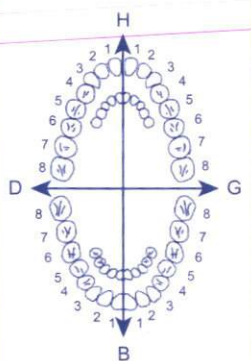
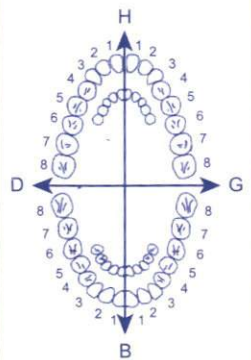
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Docteur Nasser ESSAKALLI**

Ex. Professeur assistant au CHU AVICENNE

**UROLOGUE**

Chirurgie - Endoscopie  
Lithotriptie extra-corporelle

Membre de la Société Internationale d'Urologie

Expert Assermenté



**الدكتور ناصر الصقلي**

رئيس مصلحة سابقا بكلية الطب بالرباط

أخصائي في جراحة الكلي والمسالك البولية

تفتيت الحصى بالأشعة

عضو الشركة الدولية لجراحة المسالك البولية

خبير محلف

Casablanca, le 4 septembre 2020..... في الدار البيضاء،

**NOTE D'HONORAIRES**

**Présentée à M.CHARAIBI Abdelmalek**

**pour :**

Consultation C3 = \*300 Dirhams

Echographie de l'appareil urinaire KE 35= \*400 Dirhams

**La présente note d'honoraires est arrêtée à la somme de SEPT CENT Dirhams.**

**Dr. Nasser ESSAKALLI**  
**UROLOGUE**  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
Tél: 05 22 23 35 52 - Casablanca

# Docteur Nasser ESSAKALLI

Ex. Professeur assistant au CHU AVICENNE

## UROLOGUE

Chirurgie - Endoscopie  
Lithotription extra-corporelle

Membre de la Société Internationale d'Urologie

Expert Assermenté



# الدكتور ناصر الصقلي

رئيس مصلحة سابقا بكلية الطب بالرباط

أخصائي في جراحة الكلي والمسالك البولية

تفتيت الحصى بالأشعة

عضو الشركة الدولية لجراحة المسالك البولية

خبير محلف

Casablanca, le 4 septembre 2020 في الدار البيضاء،

**M.CHARAIBI Abdelmalek**

## **COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE**

- ☐ REIN DROIT : Taille normale- Contours réguliers  
Bonne différenciation  
Pas de dilatation  
Pas de lithiase
  - ☐ REIN GAUCHE : Taille normale- Contours réguliers  
Bonne différenciation  
Pas de dilatation  
Pas de lithiase
  - ☐ VESSIE: De bonne capacité – Parois épaissie  
Trans-sonore  
Pas de résidu post-mictionnel
  - ☐ PROSTATE: Volume normal
- NB : Hépatomégalie

Dr. Nasser ESSAKALLI  
UROLOGUE  
400, Bd Brahim Roudani - Maarif  
Tél: 05 22 23 35 52 - Casablanca



mindray

Dr. Nasser ESSAKALLI

CHRAIB Abdelmalek  
20200904-124117-C460

04/09/2020 12:44:32



35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

DP-50

ABD

B

FHS.0M / D16.6

G56 / FR31

IP5 / DR115

M

M



mindray

Dr. Nasser ESSAKALLI

CHRAIB Abdelmalek  
20200904-124117-C460

04/09/2020 12:43:59



35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

DP-50

ABD

B

FHS.0M / D16.6

G56 / FR31

IP5 / DR115

Q

M



1 Dist 9.07 cm

2 Dist 4.90 cm

mindray

Dr. Nasser ESSAKALLI

CHRAIB/Abdelmalek  
20200904-124117-C460

04/09/2020 12:48:32



35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

DP-50

ABD

B

FH5.0M / D16.6

GS6 / FR31

IP5 / DR115



Dist1 2.93 cm

Dist2 2.93 cm

Dist3 3.01 cm

Vol 13.55 cm<sup>3</sup>

mindray

Dr. Nasser ESSAKALLI

CHRAIBI, Abdelmalek  
20200904-124117-C460

04/09/2020 12:42:52



35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

DP-50

ABD

B

FH5.0M / D16.6

G56 / FR31

IP5 / DR115



195/195

164/164

mindray

Dr. Nasser ESSAKALLI

CHRAIBI, Abdelmalek  
20200904-124117-C460

04/09/2020 12:42:24



35C50EA AP 97% MI 0.5 TIS 0.3

DP-50

ABD

B

FH5.0M / D16.6

G69 / FR31

IP5 / DR115



1 Dist 9.20 cm

2 Dist 5.52 cm

90/90