

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° P19- 049895

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : 40789

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZERROU Abdelhak

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0601049754 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



conditions générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
- R - Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0247242

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ZERROU - Abdelhak
Matricule : 10/96 Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A le / /
Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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

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
	16/11/20		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANT DES SOINS
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أستاذ بلحنش زكرياء
Pr. BELAHNECH Zakaria

- Reins, Prostate, et Voies génito-Urinaires
- Exploration et chirurgie Endoscopique des voies Urinaires
- Cancérologie génito-urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle des calculs urinaires
- Stérilité Masculine

Ancien Professeur au C.H.U ibn Sina à Rabat
Membre des Associations Européenne et
Internationale d'Urologie

Rabat, le :

15/09/20

M Zerron Abdenbi
IRM prostatique
PSA à 1,38 µg/l
V2 : 30g

Dr. BELAHNECH Zakaria
Professeur d'Urologie
Chirurgien Urologue
4, Rue Al Kahira, Appt. N°11
1er étage, Centre Ville Rabat
Tél/Fax : 05 37 72 00 07

INPE : 101111680 - IF : 35398168
ICE : 001858686000077
CNSS : 7911804

Dr. BELAHNECH Zakaria
Professeur d'Urologie
Chirurgien Urologue
4, Rue Al Kahira, Appt. N°11
1er étage, Centre Ville Rabat
Tél/Fax : 05 37 72 00 07

4, Rue Alkahira, Appt N° 11 en (1er étage) centre ville - Rabat
Tél : 05 37 72 00 07 - Fax : 05 37 72 00 07 - Urgences : 06 61 16 79 92
E-mail : zakariabelahnech45@hotmail.com





الفحص بالأشعة صومعة حسان

RADIOLOGIE TOUR HASSAN RABAT

IRM HAUT CHAMP - SCANNER 160 COUPES - COROSCANNER - COLONOSCANNER - MAMMOGRAPHIE
OSTÉODENSITOMÉTRIE - ÉCHOGRAPHIE - ÉCHO-DOPPLER COULEUR - DENTASCAN - PANORAMIQUE NUMÉRIQUE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

د. محمد الزبدي
Dr M. ZEBDI
Spécialiste en Radiologie
CHU Nancy

د. حسن الدرقاوي
Dr H. DARKAOUI
Spécialiste en Radiologie
CHU Ibn Sina - Rabat

Rabat le : 16/09/2020

FACTURE- DUPLICATA

FACTURE N° 4339/2020
NOM-PRENOM ZERROU ABDENBI
ORGANISME
EXAMEN REALSE

IRM PROSTATIQUE 3 600,00

TOTAL: 3 600,00

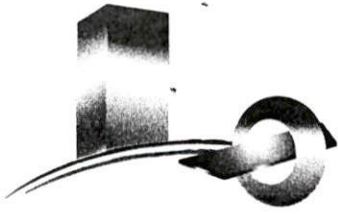
Arrêtée la présente facture à la somme de:

TROIS MILLE SIX CENTS DIRHAM(S)

Type de paiement : ESPECES

CNSS N° 1794389
PATENTE N° 25124530
COMPTE N° 022810000050000521236723/SGMB
I.FISCALE 3301936
ICE 001554261000063

12, Rue de Tunis - Rabat
Tél: 05 37 72 29 50 / 05 37 72 29 60
Fax: 05 37 20 78 33
GSM: 06 61 14 91 05



الفحص بالأشعة صومعة حسان

RADIOLOGIE TOUR HASSAN RABAT

IRM HAUT CHAMP - SCANNER 160 COUPES - COROSCANNER - COLONOSCANNER - MAMMOGRAPHIE
OSTÉODENSITOMÉTRIE - ÉCHOGRAPHIE - ÉCHO-DOPPLER COULEUR - DENTASCAN - PANORAMIQUE NUMÉRIQUE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

د . محمد الزبدي
Dr M. ZEBDI
Spécialiste en Radiologie
CHU Nancy

د . حسن الدرقاوي
Dr H. DARKAOUI
Spécialiste en Radiologie
CHU Ibn Sina - Rabat

RABAT : le 16/09/2020

PATIENT : ZERROU ABDENBI
REFERENCES : EF
MEDECIN TRAITANT : PR Z. BELAHNECH

IRM DE LA PROSTATE

TECHNIQUE :

Examen réalisé dans les trois plans en séquence pondérés T1, T2 en fat sat en diffusion puis après injection de contraste en séquence T1 fat sat dynamiques, et avec soustraction.

RESULTATS :

- vessie de contenu liquidien, à paroi régulière.
- hypertrophie prostate (45x37x44mm).
- anomalies de signal nodulaires au niveau de la zone périphérique prostatique, intéressant la base postérieure droite (15mm), la portion moyenne postérieure droite, (15mm), la portion moyenne postérieure gauche (18mm), l'apex droit (12mm) et l'apex gauche (16mm), de contours irréguliers, hypointenses T2, en hypersignal en séquence de diffusion (B1600), avec réduction de l'ADC, se rehaussant de façon intense et précoce après injection du produit de contraste, avec Wash out (courbe type 3).
- absence dépassement notamment individualisable.
- respect des vésicules séminales.
- ganglions iliaques bilatéraux infra centimétriques.
- absence d'épanchement pelvien individualisable.
- foyer de condensation au niveau du col fémoral gauche.

CONCLUSION

- Hypertrophie prostatique.
- Multiples lésions nodulaires de la zone périphérique prostatique. prédominantes en postérieur : PIRADS 4/5.
- Ganglions iliaques bilatéraux infra centimétriques.
- Foyer de condensation au niveau du col fémoral gauche.

BIEN CORDIALEMENT
DR H. DARKAOUI
Spécialiste en Radiologie
Rue de Tunis - Rabat
Tél. : 05 37 72 29 50

الرباط : زنقة تونس صومعة حسان (وراء ضريح محمد الخامس) - الرباط

12, RUE DE TUNIS - TOUR HASSAN (Derrière le Mausolée MED V) - 10020 RABAT

الهاتف : 05 37 72 29 50 / 05 37 72 29 60 Email. radiologietourhassan@gmail.com

المحمول : 06 61 14 91 05 GSM. الفاكس : 05 37 20 78 33 Fax.