

# 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.

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

NID: 46458

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005425

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1490 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELABES KHALIL Date de naissance : 01/09/1951  
 Adresse : 635 RUE Goulmima Casa  
 Tél. : 0666500418 Total des frais engagés : 1120,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/10/2020  
 Nom et prénom du malade : BELABES KHALIL Age : 1951  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Urologie  
 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 : Casa Le : 20/10/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Pairement des Actes
22/10/20	C2		300,00	<p>Docteur My Ladi KHADDOU CHIRURGIEN UROLOGUE 744, Rue Boukraâ - Bd. Goulmima Bourgoane - Casa - Tél: 022 48 74 43</p>
23/10/20	C2			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/10/20	B600rle (21)	820,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

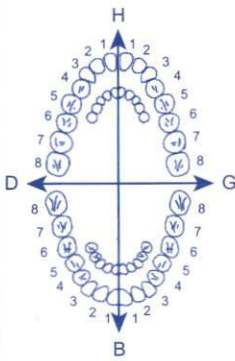
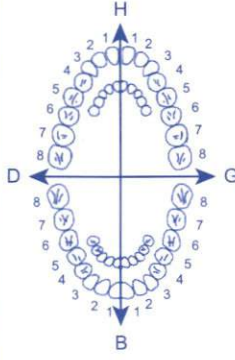
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'

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'EXEC

# ORDONNANCE

Le ... Casa 22/10/202

M Belabbes Khalil

PSA Totale + libre .

الطبيب الدكتور مولاي الخريج خادو  
جراحة الكلى والمسالك البولية  
Docteur My Larbi KHADDOU  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
744, Rue Boukraâ - Bd. Goutmain  
Bourgoyna - Casa - Tél: 022 48 74 43

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ARMES  
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa  
Tél. : 0522 27 19 70/0522 27 86 57  
Fax : 0522 26 02 47

A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 22 octobre 2020

Monsieur BELABBES KHALIL

FACTURE N°	5278
------------	------

Analyses :

PSA Libre et Totale -----	B	600	Total : B 600
---------------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

820,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Vingt Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ARMES  
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa  
Tél : 0522 27 86 57 / 27 19 70  
Fax : 0522 26 02 47

55, شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070



A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Dossier ouvert le : 22/10/20

Edition du : 22/10/20

Monsieur BELABBES KHALIL

Docteur MY LARBI KHADDOU

Réf : 20J1008 85062

Page : 2

### Compte Rendu d'Analyses

- Entre 20 et 25 % d'autres arguments sont à considérer.

55, شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070

A. ALAMI

A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
LABORATOIRES ARMES

H. LAZRAQ

A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Dossier ouvert le : 22/10/20

Edition du : 02/11/20

Monsieur BELABBES KHALIL

Docteur MY LARBI KHADDOU

Réf : 20J1008

Page : 1

## Compte Rendu d'Analyses

### MARQUEURS

#### DOSAGE DE L'ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE : LIBRE ET TOTAL

**DOSAGE DU P.S.A. LIBRE** : **2,57** ng/ml  
(Technique Electrochimiluminescence ECLIA - ROCHE / Cobas e 411)  
Changement de la technique à partir du 16/09/10

Normales Antérieures

21/04/16

1,660

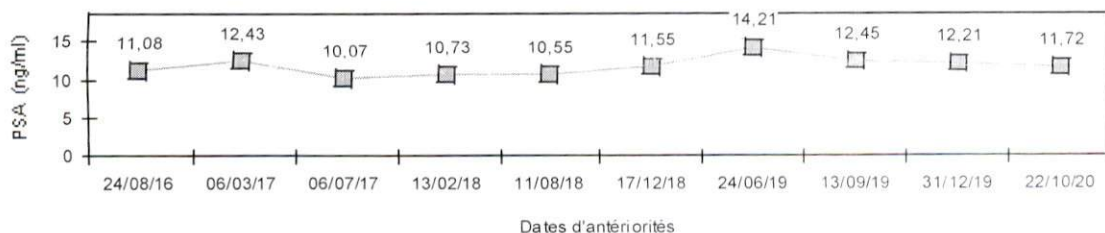
**DOSAGE DU P.S.A. TOTAL** : **11,720** ng/ml  
(Technique Electrochimiluminescence ECLIA - ROCHE / Cobas e 411)  
Changement de la technique à partir du 14/09/09

31/12/19

12,210

#### Valeurs Usuelles :

Selon l'Age :	< 40 ans	< 1,40
	40 à 50 ans	< 2,00
	50 à 60 ans	< 3,10
	60 à 70 ans	< 4,10
	> 70 ans	< 4,40



21/04/16

**Rapport du P.S.A. Libre / P.S.A. Total** : **21,90** %

15,500

Pour des valeurs de PSA total comprises entre 4,0 et 10,0 µg/l :  
- Un rapport supérieur à 25 % est en faveur d'une hypertrophie bénigne.  
- Un rapport inférieur à 20 % est une indication d'examen complémentaires.

55, شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070

A. ALAMI

**LABORATOIRE D'ANALYSES**  
**MEDICALES ARMES**  
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa  
Tél : 0522 27 10 70 / 0522 27 86 57  
Fax : 0522 26 02 47  
H. LAZRAQ