

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-651196

136301

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

09675

Société :

NAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SALHI

Fayza

Date de naissance :

01/01/1971

Adresse :

70 Rue Amnès Hassan

Tél. :

066131349

Total des frais engagés :

3500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/01/2022

Age :

Nom et prénom du malade :

SALHI Fayza

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection molétaire

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 : 09/01/2022

Le : 01/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BERNARD Laboratoire de Pathologie 14 Bd. Am. Toussaint Bourgogne 63400 Riom Tél. 22 45 45 45	03/11/72	p363	600.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
D	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
G																							
B																							
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA
De Rabat
Ancien Chef de Clinique
du Groupe Hospitalier
COCHIN De Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology

الدكتور منير شريف
شفشاوني

اختصاصي في أمراض
وجراحة المسالك البولية

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز
الصحي الجامعي ابن سينا
بالرباط وكورشان بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية
لأمراض المسالك البولية

- Urologie Générale / Circoncision
- Coeliochirurgie
- Chirurgie des Troubles de la Statique pelviperinéale et de l'incontinence Urinaire chez la femme
- Cancérologie Urologique
- Andrologie (Stérilité masculine et Impuissance - Sexologie)
- Exploration Urodynamique du bas appareil urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle
- Echographie prostatique transrectale

Casablanca, le 03/11/2022

Mr SALHI Faycal 51 ans

FROTTIS URINAIRE

Dr. MOUNIR CHEFCHAOUNI
Laboratoire Je l'Allai,
14, Bd. Ain Taoujoute N° 18 - 2^{me} étage
Bourgogne , Casablanca
Tél: 0522.48.40.58 - Fax: 0522.48.40.88
Tél: 0522.48.40.58 - Urgences : 06.61.20.82.14

Dr. MOUNIR CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Résid. Parc Lyautey, 1 Rond Point S
Exupery 2^{me} étage Appt N°11 Casa
Tél: 0522.48.40.58 - Fax: 0522.48.40.88
Urgence: 06.61.20.82.14

**Dr. Mourir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني
اختصاصي في أمراض وجراحة
المسالك البولية
أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشن بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le : 03/11/2022

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Mr SALHI Faycal

Résultats

Appareil médical : MINDRAY DC-3. Sonde linéaire 7L4A superficielle de 7 à 10 Mhz, en mode B, doppler pulsé, couleur et énergie

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE RENALE, VESICALE ET PROSTATIQUE
SUS PUPIENNE

Résultats :

- Le rein droit est de taille normale. Les contours sont réguliers. L'index cortico-médullaire est respecté. Absence de dilatation des cavités rénales.
- Le rein gauche a des dimensions normales. Les contours sont réguliers. Absence de dilatation des cavités rénales. L'index cortico-médullaire est respecté.
- La vessie est anéchogène. La paroi vésicale est fine.
- La prostate étudiée par voie sus pubienne à un volume d'environ 50 cc.
- Absence de résidu post mictionnel.

Signé : Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI

Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Rés. Parc Lyautay, 1 Rond Point 8
Exupery 2ème étage Appt N°11 Casablanca
Tél: 0522.48.40.58/88 - Fax: 0522.48.40.88
Urgences: 06.61.20.82.14

**Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني
اختصاصي في أمراض وجراحة
المسالك البولية

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشاں بیاریز
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 03/11/2022

Mr SALHI Faycal

Facture : NH 202211/017

Actes	Montant
Consultation	300,00
Echographie	450,00
Total :	750,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS**

ICE : 001632746000030

INP : 091040600

Dr Mounir Charif Chefchaouni
Chirurgien Urologue
Résidence Parc Lyautey 1, Rond point St Exupery
Zerktouni - Casablanca - 10187
Tél 022.48.40.58.88 Fax 022.48.40.88
Urgence 066.20.82.14 - Casablanca



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : M. SALHI FAYCAL

Age : 51 ans

Prescripteur : Dr. CHARIF

CHEFCHAOUNI

N° Anapath : 2211031606

Date réception : 03/11/2022

Nature du prélèvement : frottis urinaire

Renseignements cliniques :

Casablanca, le 04/11/2022

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Prélèvement mictionnel de 50 cc d'urines d'aspect orangé, examinées après technique de cytocentrifugation et coloration au Papanicolaou, sur 1 lame.

Il s'agit d'un liquide paucicellulaire, abritant des cellules urothéliales superficielles parfois binucléées, et des cellules urothéliales intermédiaires, de disposition toujours isolée, sans groupement cellulaire individualisable.

Les noyaux sont réguliers, de contours lisses, à chromatine fine, souvent nucléolés, s'entourant d'un cytoplasme abondant.

Quelques noyaux hypertrophiés d'allure dystrophique, sont observés. Le rapport nucléocytoplasmique est partout conservé.

Absence de critère cytonucléaire de malignité.

Des cellules malpighiennes de contamination sont observées.

Le fond est propre, non hémorragique, et non inflammatoire.

CONCLUSION :

- Cytologie urinaire bénigne irritative.
- Négative pour un carcinome urothelial de haut grade (NHGUC) selon le système de Paris.
- Absence de critère cytologique de malignité.

Dr Benkiran Leïla



0522.27.85.64 - شارع عين توجطاط - الطابق الثاني - رقم 18 - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.27.85.48 - الفاكس :

14, Bd Ain Taoujlate - 2^{ème} étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

E-mail : labpathologie.bourgogne@yahoo.fr

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujte, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

F A C T U R E

N° : 2211031606
Du : 03/11/2022

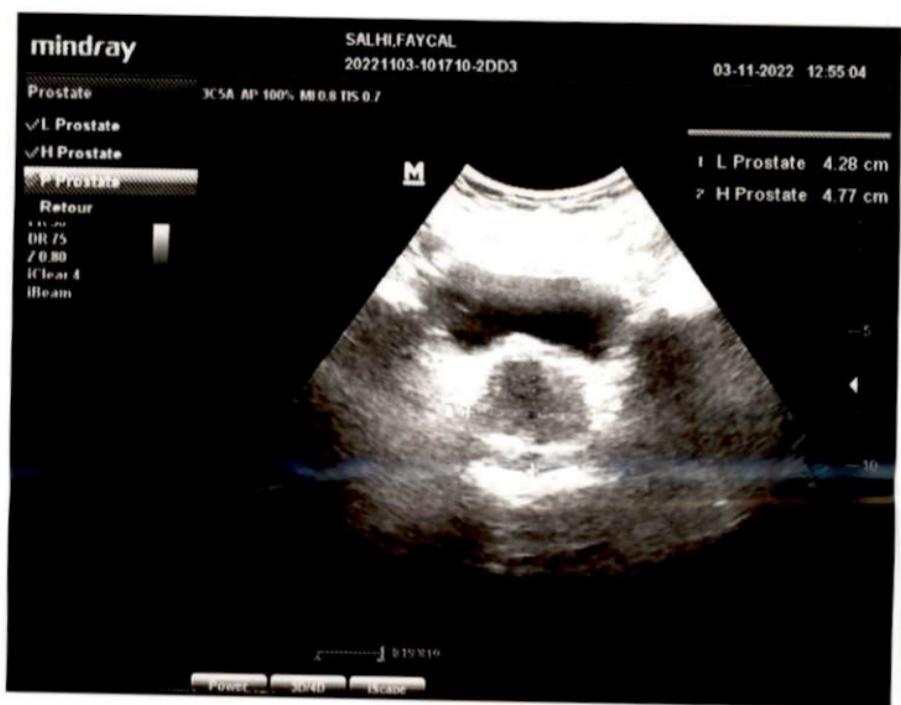
Nom patient : M. SALHI FAYCAL

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
CYTOL NON GYN AUTRE QUE THYR OU LBA	363	400,00
Total		400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE CENTS DIRHAMS



Dr. PFT Patho
Laboratoire de Patho
14 Bd. Ain Taoujte N°18
Bourgogne, Casablanca
Tel: 022278548
Fax: 022278564



mindray

SALHI,FAYCAL
20221103-101710-2DD3

03-11-2022 13:04:05

DC-N3

Urologie

B

F 3.5M

D 14.8

G 43

FR 56

DR 75

Z 0.80

iClear 4

iBeam

3CSA AP 100% MI 0.8 TIS 0.7

M



500 1.1%

Power 30/40 Scale

mindray

SALHI,FAYCAL
20221103-101710-2DD3

03-11-2022 13:03:01

DC-N3

Urologie

B

F 5.0M

D 14.8

G 43

FR 56

DR 75

Z 0.80

iClear 4

iBeam

3CSA AP 100% MI 0.8 TIS 0.7

M



500 1.1%

Power 30/40 Scale