

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.

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-787518

158627

Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SOUSSI LAHOUCINE

Date de naissance : 30/01/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhafid N°7 Hay EL HASSANI

Laayoune

Tél. : 06 67 19 73 83

Total des frais engagés : 600

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. HASSAN ACHCHAB
CHIRURGIEN UROLOGUE-ANDROLOGUE
CABINET D'UROLOGIE AGADIR RUE ALPRAKECH
QUARTIER L'AGADIR CENTRE VILLE AGADIR
Tél. : 05 28 82 82 40

Date de consultation : 11/04/23

Nom et prénom du malade : Soussi Lahoucine

Age : 4946

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur de Vessie

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 : 24/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-787518

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3462

Nom de l'adhérent(e) : SOUSSI LAHOUCINE

Total des frais engagés : 600 DH

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible]

ALPHABETES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

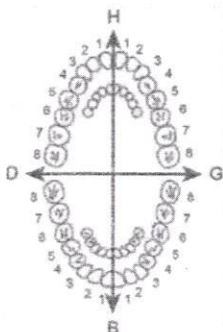
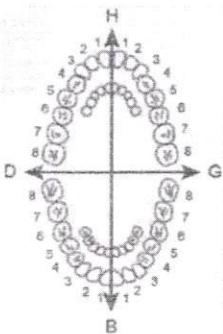
* Il est entendu que la régielement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				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 <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	<input type="text"/>					
H																								
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D	G																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
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"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre Ibn Rochd d'Anatomie Pathologique et Cytodiagnostic



مركز ابن رشد
لتحليل الأنسجة و الخلايا المريضة

Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

BON D'EXAMEN

Renseignements Cliniques :

Rtuv

Orientation Diagnostique :

Antécédents Pathologiques :

Traitements Antérieurs :

Biopsies/Cytologies Antérieures N° :

Type d'Opération :

Pièce Remise : (spécifier la région anatomique et latéralité) :

DDR : Ménopause : Thérapie hormonale :

N° D'enfant(s) : N° d'Avortements :

Le : 11/04/2023

Signature et cachet du Médecin traitant

CENTRE IBN ROCHD
d'Anatomie Pathologique
et Cytodiagnostic
Avenue Hassan II, Immeuble alt sous, 2^{ème} étage, Agadir
Tél : 05 28 82 82 82 - Fax : 05 28 82 84 94

DR. HASSAN GUEDIRA
CHIRURGIEN UROLOGUE-ANDROLOGUE
CABINET UROLOGIE AGADIR RUE BARBANCE
QUARTIER CHATTON CENTRE VILLE AGADIR
Tél : 05 28 82 82 40

Partie réservée au médecin traitant

Médecin traitant : Dr. Guedira

Nom et Prénom du patient : Soussi Catherine

Sexe : M ☒ F ☐

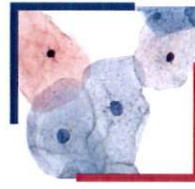
Date de naissance : 30/10/1946

Mr SOUSSI LAHOUCINE
Nais: 30/06/1946 NA
Entr: 11/04/2023 PAYANT
DR. GUEDIRA HASSAN
2023D-00210-0

Avenue Hassan II, Immeuble alt sous, 2^{ème} étage, Agadir - شارع الحسن الثاني, عمارة أيت سوس, الطابق الثاني, أكادير

Tél : 05 28 82 82 82 - Fax : 05 28 82 84 94 - E-mail : anapath.ibnrochd@gmail.com

www.anapath-ibnrochd.com



Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Date de réception : 11/04/2023

Date de réponse : 13/04/2023

Sexe : F

Âge : 76 ans

N° d'examen : 3041192

Nom et Prénom : SOUSSI lahoucine

Médecin traitant : Dr. GUEDIRA

Nature du prélèvement : RTU de vessie

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

MACROSCOPIE:

Plusieurs fragments de moins d'un gramme de 0.1 cm à 0.5 x 0.5 x 0.3 cm. (x1, IT)

MICROSCOPIE:

L'examen histologique montre qu'ils proviennent d'une prolifération superficielle et organisée en papilles à axe conjonctivo-vasculaire, bordées de plus de 5 assises cellulaires. Les cellules tumorales sont polygonales jointives aux cytoplasmes basophiles, aux noyaux dotés d'une chromatine dense présentant de légères atypies cytonucléaires et quelques mitoses. Le stroma est fibreux et congestif. La couche musculuse n'est pas infiltrée par la tumeur. Il n'est pas vu d'embolie vasculaire.

CONCLUSION:

CARCINOME UROTHELIAL PAPILLAIRE DE BAS GRADE, AFFECTANT LA MUQUEUSE (Ta).

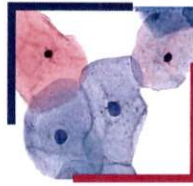
ABSENCE D'INFILTRATION DE LA MUSCULEUSE.

ABSENCE D'EMBOLE VASCULAIRE.

Dr. Youssef BOUHAJEB
CENTRE IBN ROCHD
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET CYTODIAGNOSTIC

Signé : DR. BOUHAJEB Youssef

Centre Ibn Rochd
d'Anatomie Pathologique
et Cytodiagnostic



مركز ابن رشد
لتحليل الأنسجة و الخلايا المريضة

Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بوحاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Agadir le, 11/04/2023

Nom & Prénom : **SOUSSI lahoucine**

N° Examen : 3041192

Date réponse : 13/04/2023

FACTURE N° 23/1554

Nature du prélèvement

RTU de vessie

Prix TTC

600,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr. BOUHJEB Youssef**

INPE: 041207044

CENTRE IBN ROCHD
d'Anatomie Pathologique
Avenue Hassan II, Immeuble alt sous, 2^{ème} étage Agadir
Tél : 05 28 82 82 82 - Fax : 05 28 82 84 94 - Email : anapath.ibnrochd@gmail.com - ICE : 001745258000052

شارع الحسن الثاني، عمارة أيت سوس، الطابق الثاني، أكادير - Avenue Hassan II, Immeuble alt sous, 2^{ème} étage Agadir

Tél : 05 28 82 82 82 - Fax : 05 28 82 84 94 - E-mail : anapath.ibnrochd@gmail.com - ICE : 001745258000052

IF : 40148798 - Patente : 48137803 - CNSS : 8689327 - www.anapath-ibnrochd.com