

**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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0029252

17/02/2023

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5103* Société : *R. A. M.*
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : *SENoussi MA MOUN,*
 Date de naissance : *18/02/1944*
 Adresse : *6, Rue Nergo mard Ain Dial*
 Tél. : *0661411630* Total des frais engagés : *10,00 + 334,60 + 74,50*
0661282420

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *23/08/2023*
 Nom et prénom du malade : *ANSENoussi MA MOUN* Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : *Alzheimer*
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : *Casablanca* Le : *5/09/2023*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

5 SEP 2023

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actés	Natures des Actés	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actés
31/08/23	A	1		 Dr. Mohamed Lemseffer Chir. Urologue 24 Rue El-Houssni Bourgoine - CASA Tél: 05 22 27 41 17 / 20 64 83
30/08/23	A	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/08/2023	934,60
	30/08/23	74,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/08/23	P686	700,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

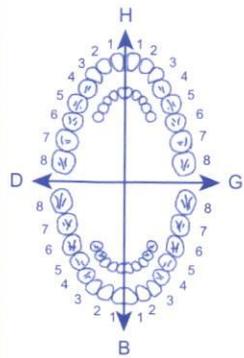
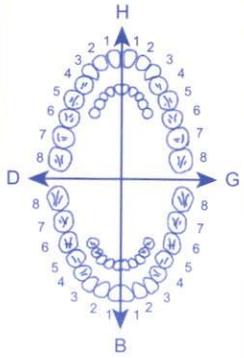
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

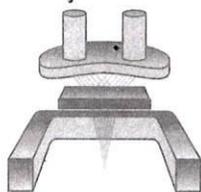
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 24/08/23

Nom & Prénom : Mr SENOUSSI MAMOUNE
Sur ordonnance du : Dr LEMSEFFER M.
Ref. : 23H08516

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 23/08/23
Organe ou siège du prélèvement : Vessie
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 79 ans
RTUV

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Matériel multifragmenté pesant 16 grammes, mesurant en tas 5,5 cm la taille des fragments variant de 0,4 cm à 1,5 cm, inclus en totalité, correspondant à l'examen histologique à une prolifération urothéliale d'architecture papillaire, constituée de papilles coalescentes, revêtues de plus d'une douzaine d'assises de cellules urothéliales, au noyau ovalaire, modérément anisocaryotique, parfois nucléolé ou à chromatine granuleuse, présentant en moyenne deux mitoses par dix champs au fort grossissement (x400).
Le chorion est séro-oedémateux et congestif, sans signe d'infiltration.
Le muscle visible sur six copeaux est sain.

**Conclusion : RTUV: Carcinome urothélial papillaire de la vessie de haut grade G2 cytologique, sans signe d'infiltration du chorion, stade pTa de l'UICC.
Muscle vu et non infiltré.**

Dr L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél. 0522 22 51 31/0521 22 51 34
Fax: 0522 22 50 50



12 PE

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Aïlla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

e Bedou

Demande d'examen

De la part du Dr. LEMSEFFER

Nom et Prénom du Patient SEMOUSSI MAMOUNE

Age 79 ans

Date du prélèvement 23/08/2023

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

RTVV (muse)

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
Fax: 0522 22 50 90

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

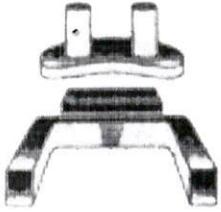
- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin Exocol Endocol

- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre

Dr. Mnamed LEMSEFFER
Urologien Urologue - CASA
24 Rue EL ALBAZ Bourgoigne - CASA
Tél: 05 22 27 41 20 64 83
Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 25/08/2023

FACTURE N° : 23/08704

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

700,00 Dhs

SEPT CENTS DIRHAMS

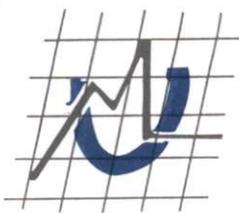
Concernant les analyses exécutées le **23/08/2023**

Pour **SENOUSSI MAMOUNE**

Sur ordonnance du : **Dr LEMSEFFER M.**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52 Boulevard Zerktouni Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
Fax: 0522 22 50 90

7480
 LOT: 3192
 PER: 03-26
 P.P.V: 108 DH 00
 EFFER



CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins
 et des Voies Urinaires
 Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle
 Stérilité Masculine

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier
 Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier
 Ancien Chef de Clinique Urologique
 à la Faculté de Médecine de Montpellier
 Membre de l'Association Française d'Urologie

الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية
 زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة
 الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

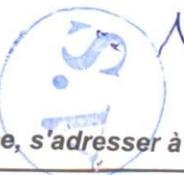
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي
 عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 30 Aout 2023 : الدار البيضاء في

Dr. M. Lemseffer

206.80 x 5
 Triaxon (5) 74.80
 Septelina (5) 108.00
 VECASMY (5) 53.00
 Di-Trova (5) 122.80
 Bacipen (5) 24.00 x 3
 934.60



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
 15-16 Rue Kington Residence Anbar
 Casablanca - Tel: 05 22 79 78 01

PHARMACIE BAB ESSAVAM
 27, Rue de l'Atlas - hay salam, Casablanca
 Tél: 05-22-94.15.14

Dr. Mohamed LEMSEFFER
 Chirurgien Urologue
 Bourgogne - CASA
 Tél: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83
 Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

18000040972
PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: J/52

PPV: 34DH00
PER: 06/26
LOT: M1901

Paracétamol
Doliprane® 1000 mg
PPV: 14DH00
PER: 02/26

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles
PPV: 53DH00
EXP: 09/2024
LOT: 24019 3

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml
Flacon de poudre + ampoule de solvant
LOT: S-13-2
PER: 11-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-18-2
PER: 12-2024
PPV: 106,80DH

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml
LOT: S-15-2
PER: 11-2024
PPV: 106,80DH

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml
LOT: S-18-2
PER: 12-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-18-2
PER: 12-2024
PPV: 106,80DH

PPV: 122DH80
CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

LOT: 05823000
PER: 01/2026
PPV: 01/80 DH
08/17