

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Declarat. Angs

Déclaration de Maladie : N° S19-0003585

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4336

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

M.AOUN

Autre : _____

Youssef

Date de naissance :

194834

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/11/2023

Nom et prénom du malade :

M.AOUN Youssef

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyperthyroïdie - myopathie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

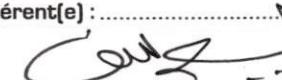
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

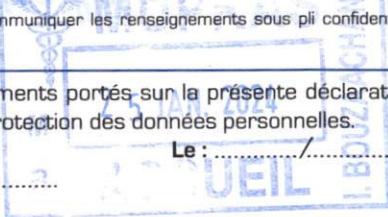
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LE CADUCEE 6, Imm. Mokhtar Soussi Bd. Abderrahim Bouabid tél: 05 28 23-22-69 - AGADIR	02.12.23	293,10

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number: 5, 6, 7, 8, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3. A horizontal arrow points from the upper teeth towards the lower teeth, indicating a movement direction.

(Création, remont, adjonction)

		L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الضمان الاجتماعي أكادير

POLYCLINIQUE DE LA C.N.S.S - AGADIR

POLYCLINIQUE
أكادير
AGADIR

Agadir, le: 02/12/2023

M: M Aoun Youssef.

14,60

SERVICE DES URGENCES 24/24

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrinio - Diabétologie
- * Pneumo - Physiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscérale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L.
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

CENTRE D'HEMODIALYSE

05 28 84 66 24 : 3171 - أكادير - الهاتف: 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس: 05 28 84 66 24
Rue Moulav Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24



Pharmacie LE CAF
6, Imm. Mokhtar Souissi
Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 05 28 84 66 24

SV

97,90

① ofiken 200

1 cp x 2 / j pour 04 jours

14,60

SV

② Dolostop 1g

1 cp x 2 / j pour 04 jours

70,90

SV

③ Profenid 100

1 cp / j pour 04

109,70

Contiflo 100

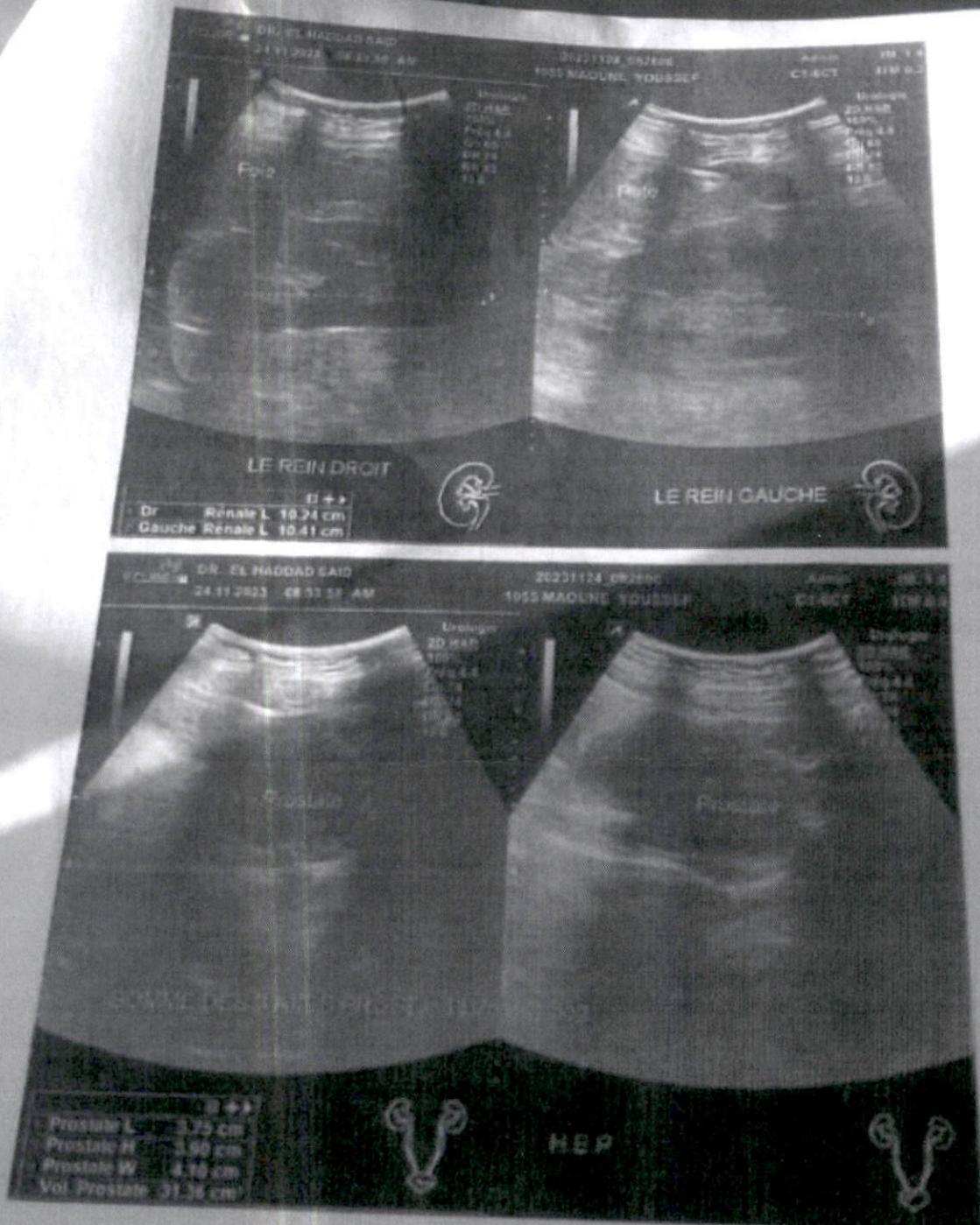
1 cp / j le soir pour

à partir du 04/12/2023 .



URGENCES
05 28 82 58 18

Consultation RDV
05 28 82 59 66



Dr. EL HADDAD SAID
Médecine Générale
Echographie Clinique, Homéopathie
Tél / Fax : 05-24-47-69-10.
GSM 06-61-19-19-98.
E-mail : elhaddadsaid@menara.ma

Essaouira le 24/11/2023

IDENTITE DU MALADE

Nom et prénom : MAOUNE YOUSSEF
Age : 1955
Demandé par : Le patient
Indication de l'examen: Dysurie-pollakiurie

TECHNIQUE DE L'EXAMEN

Examen réalisé en temps réel sur un appareil VOLUSON 73 PRO muni d'une sonde convexe de 1 à 6 Mhz.

Examen réalisé sur malade non à jeun, allongé, en decubitus dorsal, vessie peu remplie.

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Plusieurs coupes étagées et séries ont été pratiquées dans différents plans au niveau des deux flancs et fosses iliaques qui ont permis de mettre en évidence :

Le grand axe bipolaire du Rein droit mesure : 10,24 cm.
Celui du Rein gauche mesure : 10,41 cm.

La prostate est relativement augmenté de taille (somme des trois axes prostatiques = 11,75cm → 35g).

Volume prostatique=31.36cm

La paroi vésicale est échographiquement lisse, avec contenu vésicale anéchogène non trouble sans image de lithiase.

Conclusion

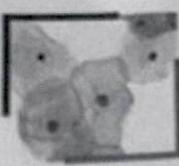
➤ Hypertrophie bénigne de la prostate modérée (35g).

Signé : Dr. EL HADDAD



Centre Ibn Rochd d'Anatomie Pathologique et Cytodiagnostic

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

Date de réception : 29/11/2023

Date de réponse : 01/12/2023

Sexe : M

Âge : 68 ans

N° d'examen : 3112925
Nom et Prénom : MAOUN youssef
Médecin traitant : Dr. ZIOUANI

الدكتور يوسف بو حاجب

• طبيب جامعي مدرب

• طبيب سابق مستشفيات برشلونة و باريس

Nature du prélèvement : RTU de prostate

Renseignements cliniques : Hypertrophie prostatique. Rétention à répétition.

COMPTE RENDU

MACROSCOPIE:

Plusieurs fragments qui pèsent 28 gr et qui mesurent de 0.2 à 2.3 cm. (x5, IP)

MICROSCOPIE:

L'examen histologique retrouve un parenchyme prostatique siége d'une prolifération épithélio conjonctive. La composante épithéliale est faite de glandes festonnées parfois dilatées en kystes tapissées d'une couche de cellules régulières sans atypie reposant sur une couche basale continue. La composante conjonctive est faite de fibres musculaires lisses sans particularité

CONCLUSION:

ADENOMYOME PROSTATIQUE.

ABSENCE DE SIGNES DE MALIGNITE

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

Signé : DR. BOUHAJEB Youssef

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE El Aou N Youssef.

N° C.N.S.S ou Mutuelle

Renseignement Clinique

68ans, ATCS -

TUBA

Examen demandé

Echogastro-entéro
vénico poststig

Le Médecin Traitant



Z =	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
-----	------	-----	--------	--------	------------

24x30		36x43		35x35		18x24	
30x40		35x35		13x18		15x40	

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posée =

Nom et Prénom du Malade

NAOUA YOUSSEF

Age

Médecin Traitant

N° du Prélèvement

332E73

BIOCHIMIE SANGUINE

- NA+
- K+
- Cl
- PROTIDES
- CALCIUM
- PHOSPHORE
- GLYCEMIE A JEUN
- GLYCEMIE POST-PRANDIALE
- HEMOGLOBINE GLYQUEE
- UREE
- CREATININE

- CLEARANCE DE LA CREATININE
- ACIDE URIQUE
- TRIGLYCERIDES
- CHOLESTEROLE TOTAL
- CHOLESTEROLE HDL
- CHOLESTEROLE LDL
- BILURUBINE TOTALE
- BILURUBINE CONJUGUEE + LIBRE
- TROPONINE
- CPK
- LDH

- GOT
- GPT
- PHOSPHATASE ALCALINE
- GGT
- AMYLASE
- RESERVE ALCALINE
- FER
- CTF
- LIPASE
- VITAMINE D
- FERRITINE

BIOCHIMIE URINAIRE

- NA+
- K+
- CALCIUM
- PHOSPHORE

- AMYLASE
- UREE
- CREATININE

- ACIDE URIQUE
- PROTEINE
- MICROALBUMINE
- GLUCOSE

BIOCHIMIE DIVERS

- LCR

- LIQUIDE D'ASCITE

- LIQUIDE PLEURAL

- LIQUIDE DIVERS

HEMATOLOGIE

- NFS
- VS
- CRP

- CELLULES LE
- MYELOGRAMME
- RETICULOCYTES

- GROUPAGE
- COOMBS DIRECT
- COOMBS INDIRECTS
- CROSS MATCH

- TCK

- TP
- INR

- FIBRINOGENE
- D DIMERES

SEROLOGIE

- VDRL CHARBON
- TPHA
- WIDAL
- ASLO

- FACTEURS RHUMATOIDES
- HIV
- ANTIGENE HBS
- HCV

- ANTI DNA
- RUBEOLE
- TOXOPLASMOSE
- IGE TOTALES

HORMONOLOGIE

- TSH us
- T3L
- T4L

- FERRITINE
- VITD
- PTH

- B HCG
- PTH

MARQUEURS TUMORAUX

- AFP
- ACE

- PSA
- CA 19-9

- CA 125
- CA 15-3

BACTERIOLOGIE + PARASITOLOGIE

- LIQUIDE LCR
- LIQUIDE PLEURAL
- LIQUIDE D'ASCITE
- PUS D'OEIL

- PUS DIVERS
- E C B U
- PRELEVEMENT VAGINAL
- PRELEVEMENT URETHRAL

- HEMOCULTURE
- RECHERCHE BK
- COPROCULTURE+PARASITOLOGIE
- COMPTE D'ADDIS

EXAMENS DIVERS

-
-
-
-

Dr ANAFLOUS RAJAE
Spécialiste en Anesthésie
Réanimation

DATE

VISA

IPP :	95005	N° SEJOUR :	230080592	FACTURE N° 2304005043				DATE D'ENTREE :	28/11/2023	DATE DE SORTIE :	28/11/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	MAOUN, Youssef				UF :	5004 LABORATOIRE	MAOUN, Youssef				
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES DE BIOLOGIE											
ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE	B	140.00	1.10	154.00					0.00	154.00	

Intervenant :	106999 EQUIPE BIOLOGISTES BIOLOGIE	TOTAUX :	154.00							154.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE QUATRE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
				REMISE :	0.00	REGLE :	154.00		AVOIR :		
				RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE :	29/11/2023	EDITEE LE :	29/11/2023	PAR :	ZEROUA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :	DATE AT :				
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR				
					BANQUE :		BMCE - AGADIR				
					N° compte bancaire :		011.010.0000.01.210.00.60686.03				



POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
Extension X, Rue Moulay Youssef
80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	95005	N° SEJOUR :	230080607	FACTURE N° 2302022481		DATE D'ENTREE :	28/11/2023	DATE DE SORTIE :	28/11/2023	
ASSURE :						DESTINATAIRE :	MAOUN, Youssef			
MALADE : MAOUN, Youssef				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	N° IMMAT C.N.S.S :					
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGRA	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant :	M1000044 DR ZIOUANI OUSSAMA (UROLOGUE)	TOTAUX :	200.00						200.00
---------------	--	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00			AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00						

DATE FACTURE :	28/11/2023	EDITEE LE :	28/11/2023	PAR :	ZEROUA	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :			DATE AT :	
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR			
						BANQUE :	BMCE - AGADIR			
						N° compte bancaire :	011.010.0000.01.210.00.60686.03			



POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	95005	N° SEJOUR :	230080543	FACTURE N° 2302022449				DATE D'ENTREE : 28/11/2023		DATE DE SORTIE : 28/11/2023	
ASSURE :			UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					DESTINATAIRE :		MAOUN, Youssef	
MALADE :	MAOUN, Youssef		N° IMMAT C.N.S.S :								
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :			N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATAION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : M1000044 DR ZIOUANI OUSSAMA (UROLOGUE)	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 28/11/2023	EDITEE LE : 28/11/2023	PAR: ZEROUA	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :			DATE AT :			
Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR						
BANQUE :			BMCE - AGADIR						
N° compte bancaire :			011.010.0000.01.210.00.60686.03						

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DATE DU PRELEVEMENT LE 28/11/23

N°

NOM : AADOUN

PRENOM : YOUSSEF

AGE : 18.55

SEX : M

N°DOSSIER : 123 - 66.33

NOM DU MEDECIN

..... Dr. ZIOUANI

TISSUS OU ORGANES PRELEVES

Prostata

TYPE DE PRELEVEMENT

Pièce opératoire

Biopsie

Cytologie

RENSIEGNEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC SUPPOSE

Hypertrophie prostata , délation en répétiti

EXAMEN COMPLEMENTAIRE POUVANTS ORIONTER DIAGNSTIC

FIXATEURS UTILISES.

BOIN

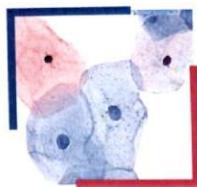
FORMOL

OU AUTRE A PRECISER

N/B

- pour les cytologies vaginales donner obligatoirement la date des dernières est la thérapeutique en cours : pilule -stérilet -hormones ect
- pour les biopsies ganglionnaires faire obligatoirement une empreinte sur la lame et donner FN, VS, ect
- pour les prélèvements osseux en plus des renseignements cliniques fournir le compte rendu radiologique détaillé si possible

Dr. ZIOUANI OUSSAMA
Chirurgien Urologue
Polyclinique CNSS Agadir
INPE 10125211



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

مركز ابن رشد
لتحليل الأنسجة و الخلايا المريضة

الدكتور يوسف بوجاجب

- خريج جامعة مدريد
- طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Agadir le, 29/11/2023

Nom & Prénom : **MAOUN youssef**

N° Examen : 3112925

Date réponse : 01/12/2023

FACTURE N° 23/4462

Nature du prélèvement

Prix TTC

RTU de prostate

600,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr BOUHAJEB Youssef**

INP: 041207044

