

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

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



MUPRAS

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

N° = 18058

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013198

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHLOU Rachid Date de naissance : 01/10/1956
Adresse : LAT N°10 LA COLLINE II CALIFORNIE CASA
Tél. : 0661159449 Total des frais engagés : 9930 DHS + 54,20 EURO DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 DEC. 2019
Nom et prénom du malade : LAHLOU Rachid Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Urologique
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 : 28 / 12 / 2019
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 le Paiement des Actes
18 DEC. 2019				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ISADJMAN 14, place Lachembeaudie 75012 PARIS Tél. : 01 43 44 12 33 Fax : 01 43 47 30 55 75 2 03077 5	20/12/19	54720

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/12/19	B200 AM	203 AF

AUXILIAIRES MEDICAUX

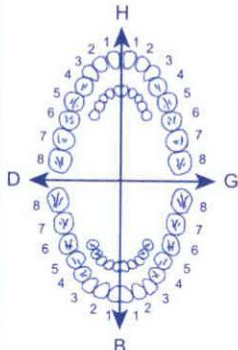
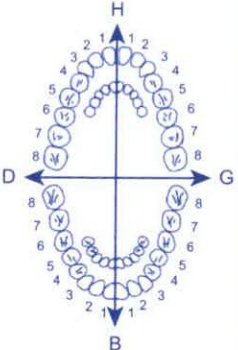
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine

Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

والمسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, le : 18/12/2019 : الدار البيضاء، في :

M^r LAHLOU Rachid

BETMIGA 50 mg

أدوية الكلى

1 54,20

PHARMACIE TORDJMAN

14, place Lachambeaudie

75012 PARIS

Tél. : 01 43 44 12 33

Fax : 01 43 47 30 55

75 2 03077 5

Dr. M. Amine BOUAB
Chirurgien Urologue

Les Résidences du Palais - Angle Bd Ghandi
et Yacoub El Mansour Imm. E. 3^{ème} Etage

Tel 0522 39 10 50 - Fax 0522 39 10 51

Résidences du palais, angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour

Entrée par rue Yasmine, Imm, E, 3^{ème} étage - Casablanca

Tel.: 05 22 39 10 50 • Fax : 05 22 39 10 51 - Mobile: 06 63 72 39 30 • E-mail : drbouab.uro@gmail.com

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي، و شارع يعقوب المنصور
الدخول زنقة ياسمين، عمارة E، الطابق الثالث، الدار البيضاء

PHARMACIE DE LA PLACE	Fact. Num. :	430113
14, place Lachambeaudie	Date Fact. :	20/12/2019
75012 PARIS	Date Ord. :	18/12/2019
752030775	Medecin:	ETRANGER Med
Tel :0143441233	Code Op:	7
INSEE:	Malade:	JRIA Abdelilah
royal air maroc		75012 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	BETMIGA 50mg Cpr	3400927318313	54,20	-		0
	LP P1q/30	Dus: 1	Ordo: 539487			

MONTANT TOTAL :	54,20	MONTANT AMD :	0,00
MONTANT AMC :	0,00	MONTANT ASSURE :	54,20

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHARMACIE DE LA PLACE
PHARMACIE Tordjman
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS

Tel : 0143441233 Fax : 0143473055
pharmacie.tordjman@offisecure.com
No SIRET : 35354285500021
Code NAF : 4773Z - FR22353542855
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC

Patient: JRIA Abdelilah
Ordonnance 430113

3400927318313	4	1	54,20	54,20
BETMIGA 50mg Cpr LP Plq/30			(539487)
Du(s): 1x				

Total TTC	54,20
A Payer	54,20

TOTAL A PAYER : 54,20 (355,53F)
Montant HT : 53,09

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	53,085	1,115	54,20	

Espèces : 54,20

Le 20/12/2019 à 11h20 Op. : 7 _ J

Montants exprimés en Euros

A BIENTOI
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 51087/881812 B0106-R1

126/ /1/FACTURATION/TICKET/1/N/AAMQ/AAMU
/2.8.1.2.R16-222/1

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine

Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

والمسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, le : 18/12/2013 : الدار البيضاء، في :

M. LAHLOU Rachid

① Faire TP, TUL

② ELBU

LABO SOCRATE
Rég. Maroc, Rue Souda, Imm C N°4, 20000 Casablanca
Tel: 0522 22 36 03 / 0522 22 34 64 - Fax: 0522 25 85 08
Email: info@socrate-morocco.ma

Dr. Medi Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. E, 3ème étage
Tel: 0522 39 10 50 - Fax: 0522 39 10 51

Résidences du palais, angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour

Entrée par rue Yasmine, Imm, E, 3ème étage - Casablanca

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي، و شارع يعقوب المنصور
الدخول زنقة ياسمين، عمارة E، الطابق الثالث، الدار البيضاء

Tel.: 05 22 39 10 50 • Fax : 05 22 39 10 51 - Mobile: 06 63 72 39 30 • E-mail : drbouab.uro@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie
Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 190009071

CASABLANCA le 23-12-2019

Mr Rachid LAHLOU

Demande N° 191223A061

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 23-12-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Examen cyto bactériologique des urines	B120	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 200

TOTAL DOSSIER : 293.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingt-treize dirhams

LABO SOCRATE
Rég. Masurel, Rue Socrate, IMM C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél: 0522 23 36 03 / 0522 25 85 08 Fax: 0522 25 85 08
E-mail: info@socrate.ma

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, Le 18 DEC. 2019 الدار البيضاء، في

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur,

Prie

Mr /Mme /Mlle

LAHLOU Rachid

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

Pour Une consultation = 300.00dhs

Echographie rénale et vésicale = 400.00dhs

S'élevant à la somme de 700.00dhs

SEPT CENT DIRHAMS

Signature et cachet du médecin

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في امراض الكلى

و المسالك البولية و المناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, Le

18 DEC. 2019

الدار البيضاء، في

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET
VESICALE**

NOM : Mr LAHLOU

PRENOM : Rachid

ATCD de prostatectomie radicale. Pollakiurie diurne et nocturne invalidante.

Absence d'épanchement intra-péritonéal et adénopathie abdominale.

Le rein droit est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il des images de microlithiases calicilles sans hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

Le rein gauche est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il y a des images de microlithiases calicielles sans hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

La rate est de situation et de taille et d'échostructure normales.

La vessie est en semi réplétion, à contenu anéchogène à paroi fine et régulière. Pas de prolifération endoluminale ou pariétale, ni de lithiase visible. Pas de résidu post mictionnel significatif.

Absence d'épanchement pelvien.

CONCLUSION: Echographie rénale et vésicale révélant à ce jour, des microlithiases calicielles rénales bilatérales. RPM négligeable.

M. Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Résidences du palais, angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm. E, 3^{ème} étage - Casablanca

Code Patient : 140205A016
Date de l'examen : 23-12-2019

Saisie le 23-12-2019 10:19

Mr Rachid LAHLOU
Réf : 191223A061
Prescription : Dr mohamed amine bouab

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE (Automate STAGO STA Compact)

			07-11-2016
Taux de Prothrombine (Technique chronométrique sur STA Satellite(STAGO))	100 %	(70-100)	100
INR :	1.00		1.00
Temps de Quick Patient:	13.3 sec.		13.4
Temps de Quick Témoin:	13.3 sec.		13.4

191223A061 – Mr Rachid LAHLOU
Date de l'examen : 23-12-2019

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

			07-11-2016
TCK Temps patient (Technique chrométrique sur STA Satellite(STAGO))	30.5 sec.	(27.0-37.0)	30.4
TCK Temps témoin	31.0 sec.		32.0
TCK Ratio patient/témoin	0.98	(<1.20)	0.95

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

ASPECT:	clair		
Albumine:	Négative		
Sucre:	Négative		
Acétone:	Négative		
			07-11-2016
pH:	6	(7-8)	6
Cellules épithéliales :	Absence		

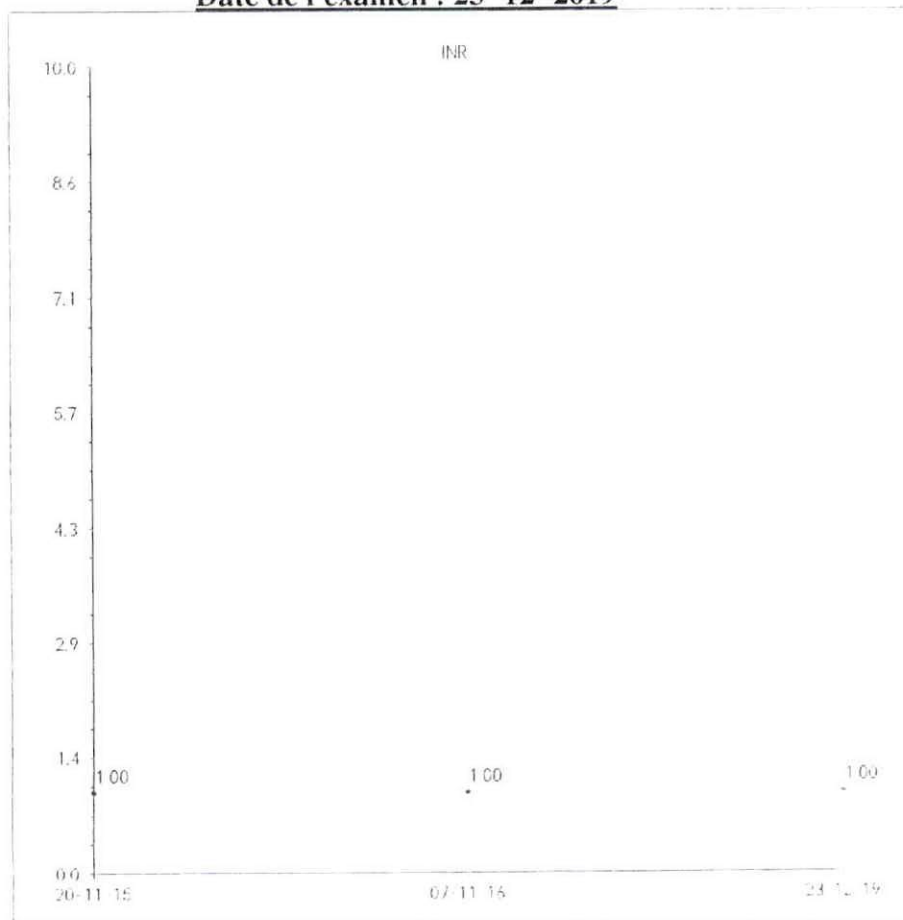
EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	<10 000 /ml	(0-10 000)	<10 000
Hématies :	<1 000 / ml	(0-1 000)	<1 000
Cylindres :	Absence		
cristaux:	Absence		
TRICHOMONAS	Absence		
Levure	Absence		
Examen direct :	NEGATIF		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures sur milieu selectifs :	Cultures stériles
---------------------------------	-------------------

191223A061 – Mr Rachid LAHLOU
Date de l'examen : 23-12-2019



Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

Page 2 sur 3