

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Harloge
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-557899

66565

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : ENNEHAS FOUAD

Date de naissance : 11-06-1963

Adresse : N° C12 CITE LAYA ROUTE DEL JADA CASABLANCA

Tél : 0664350290

Total des frais engagés : 986,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2021

Nom et prénom du malade : ENNEHAS FOUAD

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur mal de dos

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.

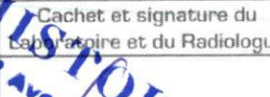
Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

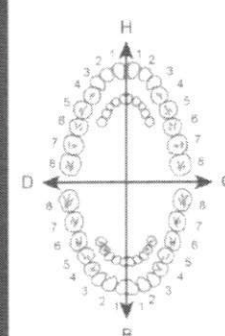
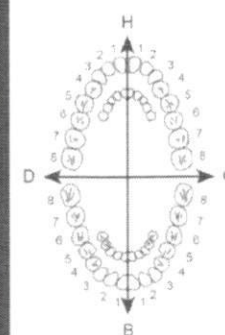
Le : 31/03/2021

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
25/03/2021		6	6000	 INF 091145862
25/03/2021		6	6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/21	286,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 HISTOLAB 132 Avenue HASSAN II Casablanca 20070 Tél : 0522 223 044	25 MARS 2021	66.76	700,00 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



مصلحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 27/03

Docteur :

M^r ENNEHAS FOUAD

P.P.V. 224.0 MAD

Meiact®

①

Meiact 200 mg

224.00

mp x 2/5

apts rego pdr

②

Urispa 500

62.50

mp x 2/5

rego pdr 7/5

286.50



LOT 10
EXP 10 2023
P.P.V 62.50



HISTOLABO

Dr Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

Demande d'examen

De la part du Dr Dr. ZEMMOURI

Nom et Prénom du Patient ZINEHAS. FOUAD

Date du Prélèvement 25-03-21 Age 1963

Renseignements Cliniques

Hématurie sur Hb 88g

an Pst kyph TKL +
ZEM normale

Siège du Prélèvement Rectum + Vaginetomie

Nature de l'acte réalisé proctig

Pour F.C.V et Biopsie endométriale à visée hormonale

☐ Date des Dernières Règles

☐ Thérapeutique Antérieure ou en Cours

☐ Durée du Traitement

☐ Duree du Traitement

Signature et Cachet



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

إستولابو

الدكتورة بناني نجية
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca le : **25/03/2021**

FACTURE N° 21/0709

Nom et Prénom : ENNEHAS FOUAD

Organe(s) : PROSTATE R,

Cotation : P 636

Montant (Dh) : 700,00

700,00 Dh ESPÈCES

HISTOLABO
132 Avenue HASSAN II
Casablanca 20070
Tél : 0522 223 044



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

إستولابو

الدكتورة بناني نجية
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca, le 31 Mars 2021

Dr : Ahmed Adil ZEMMOURI

M.: ENNEHAS FOUAD

Age : 58 ans

Prélèvement parvenu au laboratoire le : 25/03/2021

Organe : Prostate (Hématurie sur HBP = 88 g avec PSA : 12 ng/ml. TR: normal. IRM normale)

COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Réf. : 2103236

Matériel de résection prostatique trans-urétral de 9 g en plusieurs copeaux de résection de taille variant entre 0.5 et 3 cm **inclus en totalité**.

A l'étude histologique, il s'agit d'une prostate dystrophique hyperplasique.

Les glandes sont regroupées en lobules de taille moyenne, bordées par un épithélium cylindrique haut, régulier, muco-sécrétant, par places siège d'une hyperplasie régulière de la couche de cellules basales avec sympexions intraluminaux inconstants. Le tissu interstitiel est fibro-musculaire siège d'un infiltrat inflammatoire lymphocytaire ponctuel.

CONCLUSION : PROSTATE DYSTROPHIQUE HYPERPLASIQUE ADENOMATEUSE SANS AUCUN INDICE HISTOLOGIQUEMENT SUSPECT

HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI
132, Av. Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 22 30 44