

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0027346

85138

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABALI Mohamed

Date de naissance : 1943

Adresse : 127 Rue Abou WAQT Khedaf Ras SEKKAT

Quartier Bourgogne CASA

Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 Le : 03 / 01 / 21

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

LABORATOIRE DE RADIOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerkoun
Tél: 00000 22 91 91 / 94 Fax: 00000 22 91 91

03/09/11 2636 700,5

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

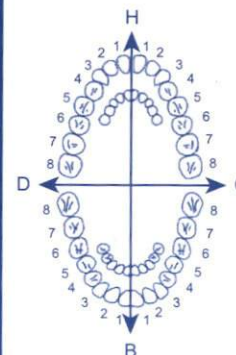
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Med Anne BOUAF
 Chirurgien Urologue
 Les Résidences du Palais Royal, Bd. Zerkouni
 Yacoub El Mansour imm. E 10
 Tél 0522 39 10 50 Fax 0522 22 50 90

Signature de l'opérateur : *[Signature]*
 Endométré ☐ Exocol ☐
 CBE : ☐ Vagin ☐
 - Frottis conventionnel :
 - Frottis monocouche :
 - Durée du cycle :
 - Thérapeutique antérieure ou en cours :
 - Partir :
 - Date des dernières règles :
 Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :
 Si oui, rappeler la référence, SVP

Laboratoire de Pathologie
 52, Bd. Zerkouni
 Yacoub El Mansour imm. E 10
 Tél 0522 39 10 50 Fax 0522 22 50 90

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non
 Actes chirurgicaux antérieurs avec références :
 Thérapeutique préalablement instituée :
 Nature de l'acte réalisé :
 Siège du prélèvement :
 Renseignements cliniques et paracliniques :
 Référence :
 Date du prélèvement :
 Age :
 Nom et Prénom du Patient :
 De la part du Dr. *Bouch*

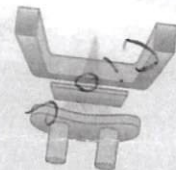
M. ABALI MOHAMED
 Né le : 01/01/1943
 C0021102114309

Demande d'examen

Dr. Nouhad Benkirane
 Anatomiste - Cytopathologiste

Pr. Lalla Laraki
 Anatomiste - Cytopathologiste

Laboratoire de pathologie du Centre
 R/A AV 500. 5P





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/09/21

Nom & Prénom : Mr ABALI MOHAMED
Sur ordonnance du : Dr BOUAB MOHAMED AMINE
Réf. : 21H09062

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 03/09/21
Organe ou siège du prélèvement : Prostate
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 78 ans
HBP responsable de dysurie sévère.
RTUP

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Produit de résection endoscopique de la prostate pesant 12 grammes et mesurant en tas 7 cm avec une taille des copeaux variant de 0,5 à 1 cm, d'aspect blanc-grisâtre, au nombre d'environ 70 copeaux.

A l'examen histologique, les différentes coupes réalisées montrent un parenchyme prostatique siège d'une double prolifération épithéliale et musculaire lisse. La composante épithéliale réalise des lobules de glandes festonnées, parfois à lumière dilatée, tapissées de cellules cylindriques sans anomalie cytonucléaire.

Ces lobules glandulaires sont entourés ou traversés par des faisceaux de léiomyocytes matures.

L'ensemble est remanié focalement par un infiltrat inflammatoire chronique sans signe de spécificité.

Conclusion : Produit de résection endoscopique de la prostate :

Hyperplasie adénomateuse avec adénomyomite chronique prostatique.

Absence de signe de PIN.

Pas de malignité.

Dr Nouhad BENKIRANE

Dr. BENKIRANE Nouhad
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél. 22.51.31 - Fax 22.51.34
22.50.34 - Fax 22.50.99



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/09/2021

FACTURE N° : 21/09180

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 **03/09/2021**

Pour **ABALI MOHAMED**

Sur ordonnance du : **Dr BOUAB MOHAMED AMINE**

*Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Bd Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 72 51 31 / 34
Fax: 0522 72 50 90*