

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

- Reclamation : 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° W21-684106

11 8621

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 343 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARIF MOHAMED

Date de naissance : 01/01/40

Adresse : 157 Rue HIMOSAS - HAY ERRAHA - Casablanca

Tél. : 06 63 25 46 31 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Meo Amino BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd Chahid
Yacine El Mansour, Imm. E - 3ème Etage
Tél. 05 22 10 10 10 Fax : 05 22 10 10 10

Date de consultation : 19/05/2022

Nom et prénom du malade : ARIF Mohamed Age : 01/01/40

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

Nature de la maladie : Affection Urologique

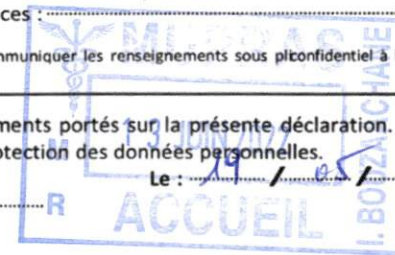
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 19/05/2022

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



| 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 |
| 19/12/2022 | Cex | | 4 | INF 6210338 Dr. Med Amine BOUAB Chirurgien Urologue Résidences du Palais, Angle Bd. Charrat Mansour, Imm. "E" - 3ème Etar 2023 |

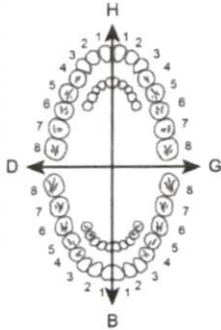
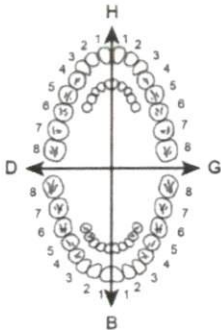
[illegible][illegible][illegible]

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 canalaux, 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 | | | | | | | | | | | |
|  | <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">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | D | G | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. Amine BOUAB

الدكتور محمد أمين بواب

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 أمراض الكلى

و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب

سان انطوان (باريس VI)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالالات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلى

Casablanca, le 19/01/2022 الدار البيضاء، في:

M. Amine

Faible Immunosuppression
à la Pacemaker de 2 foyers
ASAL sur le 6^{se} et
Inspects d'Alcool Glom 6 (3+3)

**LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CERVEAU
52, Bd. l'Étoile Zerkouni
Tél: 05 22 39 10 50 - Fax: 05 22 39 10 51**

Dr. Med Amine BOUAB
chirurgien urologue
Résidence du palais angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour Imm E N°15
Tél: 05 22 39 10 50 - Gsm: 06 63 72 39 30

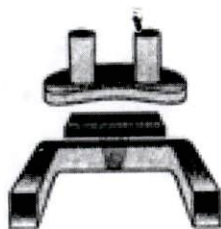
Résidences du palais, angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour

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

Tél.: 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



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 20/05/2022

FACTURE N° : 22/05399

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 :

600,00 Dhs

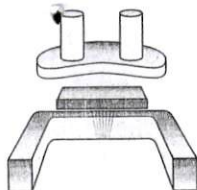
SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **20/05/2022**

Pour **ARIF MOHAMED**

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





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 20/05/22

Nom & Prénom : M^{me} ARIF MOHAMED
 Sur ordonnance du : Dr BOUAB MOHAMED AMINE
 Réf. : 22H05268

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 20/05/22

Organe ou siège du prélèvement :

Renseignement(s) clinique(s) : Biopsies prostatiques multiples : Aspect histopathologique d'une dystrophie prostatique avec lésion d'adénose et foyers ASAP sur le lobe droit (suspect d'adénocarcinome (3+3)

ETUDE IMMUNOHISTOCHEMIQUE

| Anticorps | Cellules tumorales | | Témoins internes | |
|----------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | Intensité | 4 % | Intensité | 5 % |
| Anti P63 Clone : 4A4 | - | 0% | +++ | 100% |
| Anti P504S Clone : 13H4 | +++ | 100% | - | 0% |

Conclusion : Profil immunohistochemique d'un adénocarcinome prostatique, score de Gleason à 6(3+3) grade 2 de l'ISUP sur un foyer de 2mm sur la carotte (4) du lobe droit.

Dr. LARAQUI
 Py. Laïla LARAQUI
 ANATOMO - PATHOLOGISTE
 52, Boulevard Zerktouni
 Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34
 Fax: 0522 22 51 35