

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-684106

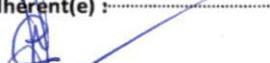
11 8621

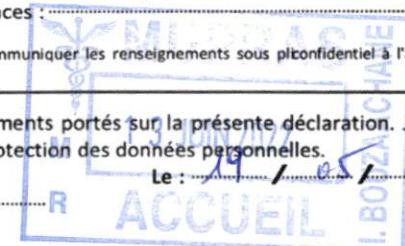


<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 343	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ARIF MOHAMED			
Date de naissance : 01/01/10			
Adresse : 157 Rue KIMOSAS - HAYERRAHA - 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 :			
Date de consultation : 19/01/2022			
Nom et prénom du malade : ARIF Mohamed Age : 01/01/40			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affekt Mohamed			
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 : **Bozai** Le : **19/01/2022**
 Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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
19/03/2022	Cox		1	INP 0910 B38 Dr. Med Amine BOUABD Chirurgien Urologue Résidences du Palais, Angle Bd. Charrat Lyon, Imm. E - 3ème Etage Téléphone : 04 72 35 11 35

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
	26/05/22	PS45	600.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

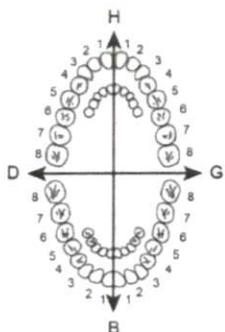
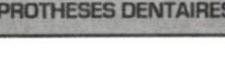
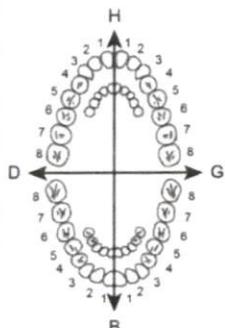
Important :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



8 [Création, remont, adjonction] 7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 الكلى
و المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب

سان أنطوان (باريس VI)

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

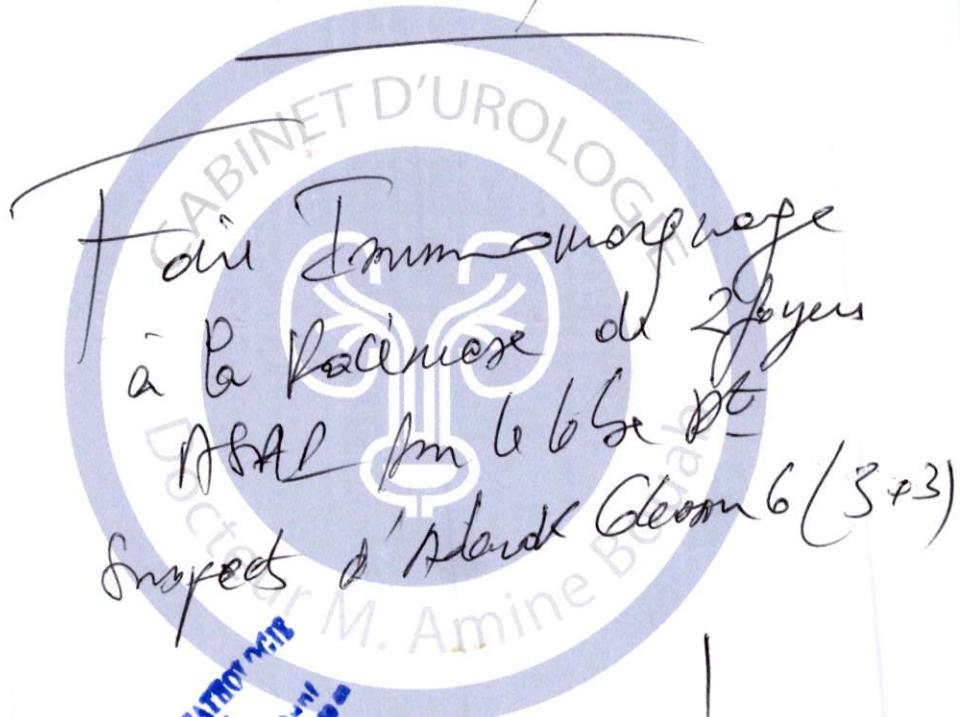
الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالاليات البصرية للمسالك البولية

تفويت حصى الكلى

Casablanca, le 19/05/2022 الدار البيضاء، في:

M' Amine BOUAB



LA CHIRURGIE DE L'ARTERIE
DU CERVEAU
52, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 39 10 50 - Fax: 05 22 39 10 51

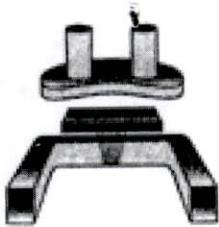
Dr. Med Amine BOUAB
chirurgien urologue
Résidence du palais n° 12 ad. Ghandi
et Yakeub El Mansour 3ème étage
Tél: 05 22 39 10 50 - Fax: 06 63 72 39 39

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

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

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

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



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila 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

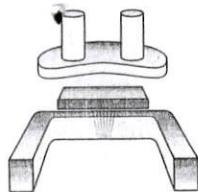
SIX CENTS DIRHAMS

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 : Mme 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 IMMUNOHISTOCHIMIQUE

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

Conclusion : Profil immunohistochimique 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. Laïla LARAQUI
ANATOMO-ANASTOMOSE
52, Boulevard de l'Indépendance
Tél.: 0522 22 51 34 06 51 31
Fax: 0522 22 51 34 06 51 31