

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0026122

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 546 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JAOUHER, Mohammed

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : 18 Rue Belloy el Harary

0475 - CAIA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADIL EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
280, Bd. Bordeaux Bourgogne 1er Etage
Casablanca Tél. 06 18 62 00 63
adil.ejjennane@gmail.com

Date de consultation : 27/10/2022

Nom et prénom du malade : JAOUHER Mohammed Age :

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

Nature de la maladie : Rectorie biométrique de veni

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/10/22 | C2 | | gratuit | Dr. Agil EJ-AMMINE CHIRURGIEN DENTISTE 80-83 Bordj Bourgoane Tél 05 22 22 25 44 Casablanca Tél 05 18 62 00 63 agil.ejennane@gmail.com |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE CONSULTANT 218 Avenue Mohamed Soukri - Casablanca Tél: 05 22 22 25 44 / 05 22 22 26 97 | 27/10/22 | 108,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE DE RADIOLOGIE NUCENTRE 52, Boulevard Zerkout Tél: 05 22 22 51 21 / 24 Fax: 05 22 22 51 22 | 27/10/22 | P1000 | 160,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

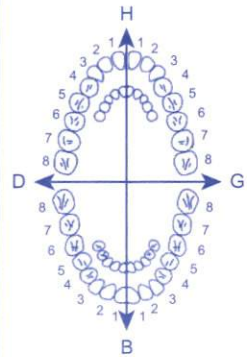
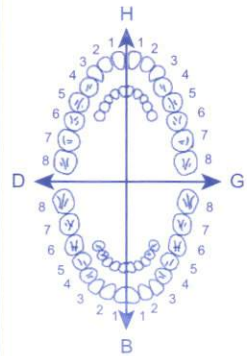
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

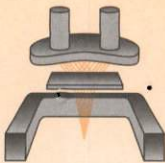
Important :

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|-------------|--|---|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|  | | | | 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> | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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



R/A

C

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. EJ-JENNANE

Nom et Prénom du Patient M. JAOUHER MOHAMMED

Né le : 01/01/1945

Age

Date du prélèvement



COC22J27074327

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

ATCD de cancer
mulléridal de haut grade, de stade
PT1 pour lésion de la face antérieure du
col + c.i.s. du fond vaginal
(RTUV du 26/09/2022)

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Re-RTUV (2nd look)

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

① face postérieure
+ fond vaginal

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Dr. Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE

280, Bd. Bordeaux Bourgogne 1er Etage

Casablanca - Tél. 06 18 62 00 63

adil.ejjennane@gmail.com



عن طريق الفم
30 قرص
مستعمل

PHARMA 5



الحيتة

سكيتينات
سوليفيناسين

5 ملغ

Lire attentivement la notice avant utilisation

A conserver à une température inférieure à 30 °C

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

اقرأ النشرة بتاني قبل الاستعمال

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية
لا يترك هذا الدواء في متناول و مرأى الأطفال

LABORATOIRES PHARMA 5

PHARMA 5
Zone Industrielle Ouled Saleh • Bouskoura, Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI, Pharmacien Responsable

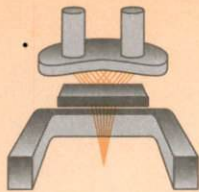
AMM : 164/20DMP/21/NNPd

Veca® 5 mg

Boîte de 30 comprimés
pelliculés



LOT : 8558
UT. AV : 04-25
P.P.V : 108 DH 00



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 31/10/22

Nom & Prénom : Mr JAOUHER MOHAMMED
Sur ordonnance du : Dr EJ-JENNANE ADIL
Réf. : 22H10786

Prélevé le : 27/10/22 et parvenu au laboratoire le : 28/10/22

Organe ou siège du prélèvement : Vessie

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 77 ans

ATCD de carcinome urothélial de HG, stade pT1 pour
lésion de la face antérieure du col + Cis du fond vésical.

1. Face postérieure + Fond vésical
2. Face antérieure et latérale gauche du col.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1. Il a été communiqué de multiples fragments dont la taille varie de 0,3 cm à 0,6 cm, d'aspect grisâtre friable, inclus en totalité.

Ces prélèvements intéressent une muqueuse urothéliale exulcérée inflammatoire, siège d'une prolifération tumorale d'architecture papillaire. Les papilles ont un axe conjonctivo-vasculaire grêle souvent coalescent, et sont revêtues de plusieurs assises de cellules urothéliales. Celles-ci possèdent un cytoplasme éosinophile abondant et présentent une anisonucléose modérée à marquée avec des noyaux hyperchromatiques irréguliers, renfermant de nombreuses mitoses. Absence d'infiltration du chorion sous-jacent.

Présence d'un foyer de carcinome in situ.

Pas vu d'embolies vasculaires.

Muscle vésical représenté, non infiltré.

Conclusion : - Carcinome urothélial papillaire de haut grade cytologique selon OMS 2016, stade pTa, sur fond de cystite subaiguë et chronique granulomateuse.
- Présence de foyer de Cis

2. Il a été communiqué de multiples fragments dont la taille varie de 0,4 cm à 1,5 cm, inclus en totalité.

Ils montrent une muqueuse vésicale tapissée d'un urothélium discrètement hyperplasique partiellement abrasé et remplacé par un tissu de granulation inflammatoire polymorphe.

Ailleurs, dans les foyers préservés, la muqueuse est de morphologie régulière et le chorion sous-jacent est fibro-congestif et ponctué d'un infiltrat inflammatoire polymorphe étendu à la musculature. Il s'y associe la présence de quelques granulomes épithélioïdes parcourus de cellules géantes multinucléées, de type résorptif.

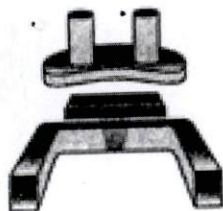
Absence de lésion dysplasique ou tumorale.

Le muscle est représenté, indemne de lésion tumorale.

Conclusion : - Remaniements inflammatoires subaigus et chroniques granulomateux.
- Absence de lésion dysplasique ou tumorale résiduelle.

Dr Nouhad BENKIRANE

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



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 03/11/2022

FACTURE N° : 22/11126

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 :

1200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **28/10/2022**

Pour **JAOUHER MOHAMMED**

Sur ordonnance du : **Dr EJ-JENNANE ADIL**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerktouni
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 90

Dr Adil EJ-JENNANE

CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Chef de Clinique d'Urologie
des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Membre de l'Association Française d'Urologie

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلى والمسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلى والمسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

27/10/2022

Patient: Mr JAOUHER Mohammed

Date de naissance: 01/01/1945

ORDONNANCE

1. **VECA 5 mg, comprimés**

1 comprimé 1 fois par jour pendant 1 mois

PHARMACIE MERSULTAN
218, Avenue Mers Sultan
- Casablanca -
Tél: 05 22 22 25 44 / 05 22 22 86 45

Dr Adil EJ-JENNANE

Dr. Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
280, Bd. Bordeaux - Bourgogne 1er Etage
Casablanca Tél: 06 18 62 00 63
adil.ejjennane@gmail.com

280, Bd de Bordeaux - Bourgogne, Casablanca (1^{er} étage) / Tél. : 05 22 47 40 54 / Urgences : 06 18 62 00 63

280 شارع بوردو - حي بوركون، الدار البيضاء (الطابق الأول) / الهاتف: 05 22 47 40 54 / المستعجلات: 06 18 62 00 63

E-mail : adil.ejjennane@gmail.com