

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

- 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

M22- 0010621

149424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03569 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DIAMANE MOSTAFA
Date de naissance : 18/07/1955
Adresse : lot El Othmania ne 62 Sidi Maarouf
Casa
Tél. : 06 66 18 09 44 Total des frais engagés : 4099,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SABRI Rachid
Chirurgien Urologue
INPE : 121122385
Avenue Abdelhak El Kadri
6ème Etage App. N° 6
Casablanca 20000


Date de consultation : 28/01/2023
Nom et prénom du malade : DIAMANE MOSTAFA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AP PMA 16 PR AL
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 : Casa Le : 14/02/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23.01.2023 | Prothèse dentaire | | 1500,- |  |
| | Prothèse dentaire | | 700,- | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
|  | 23/1/2023 | 499,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------------------------|------------------------|
|  | | 700,00 DHS |

AUXILIAIRES MEDICAUX

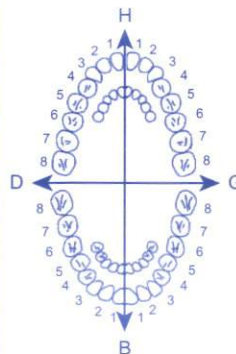
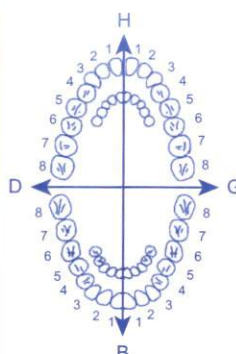
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | |
|--|--|------------------|-------------|--|
|  | | | | 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. SABRI RACHID

CHIRURGIEN UROLOGUE



دكتور رشيد صبري

إختصاصي في أمراض و جراحة الكلي
و المسالك البولية و التناسلية

- Chirurgien et endoscopie des reins et des
voies génito-urinaires

- Echigraphie urologique

- Urodynamique

- Lithotripte extracorporelle

- Stérilité masculine

- Impuissance sexuelle

- Maladie sexuellement transmissibles

- Circoncision, enuresie chez l'enfant

- Membre de l'association Européenne d'Urologie

- Membre de la société internationale d'Urologie

- فحص و جراحة الكلي و المسالك البولية عبر المنظار

- تفتيت بدون جراحة لحصى الكليتين و المسالك البولية

- العقم والعجز الجنسي عند الرجال الأمراض التناسلية

- الختان والتبول الإرادي عند الأطفال

- الفحص بالصدى (أيكوغرافي)

- عضو في الأوروبية للمسالك البولية

- عضو في الجمعية العالمية للمسالك البولية

23-01-2023

Dr

DAMANE MOSTAFA

Eraxin 500

139,50 + (112,00 x 4)

36 de 10

63,90

100 / li / 1 mois

Bi profereins LP 100

74,10

100 / li / 1 mois

Occlus 40

15 de 28

499,50

le net

1 mois

6 شارع أبو بكر EL Kadiri - Sidi Maarouf Résidence AL AHFAD au dessus du centre

commerciale Bab AL Khaire - Immeuble (D) appt N° 6 - Casablanca

E-mail : racsab.dr@gmail.com

Tél : 05 22 78 00 00

BI-PROFENID LP 100MG
CP SEC B20
LOT : ZZE005V
PER : 09/2024
P.F.N. 63DH90
118000 061908

LOT 210610
EXP 12/2023
PPV 74.10DH

Eraxin 500 mg
levofloxacin
10 Comprimés pelliculaires
6 18000 181057

PPV : 139,50
LOT :
PER :

PPV : 111,00
LOT :
PER :

PPV : 111,00
LOT :
PER :

DR. SABRI RACHID

CHIRURGIEN UROLOGUE

- Chirurgien et endoscopie des reins et des voies génito-urinaires
- Echographie urologique
- Urodynamique
- Lithotripte extracorporelle
- Stérilité masculine
- Impuissance sexuelle
- Maladie sexuellement transmissibles
- Circoncision, enuresie chez l'enfant

- Membre de l'association Européenne d'Urologie

- Membre de la société internationale d'Urologie



الدكتور رشيد صبري

إختصاصي في أمراض و جراحة الكلي
و المسالك البولية و التناسلية

- فحص و جراحة الكلي و المسالك البولية عبر المنظار
- تفتيت بدون جراحة لحصى الكليتين و المسالك البولية
- العقم والعجز الجنسي عند الرجال الأمراض التناسلية
- الختان والتبول الإرادي عند الأطفال
- الفحص بالصدى (أيكوغرافي)
- عضو في الأوروبية للمسالك البولية
- عضو في الجمعية العالمية للمسالك البولية

Note d'honoraires
de 72 Diamants Mostafa

Biopsie prostatique 1500,-
+ Pince à biopsie
prostatique 700,-

Total 2200,-

شارع أبوبكر القادري العمارة (D) سيدي معروف فوق قيسارية باب الخير الطابق الثاني رقم 6
Avenue Aboubakr EL Kadiri - Sidi Maarouf Résidence Al AHFAD au dessus du centre
commerciale Bab AL Khaire - Immeuble (D) appt N° 6 - Casablanca

E-mail : racsab.dr@gmail.com

Tél : 05 22 78 00 00

FACTURE

REF : FA23000451

LA
Date de facturation 03 / 02 / 2023
Médecin traitant DR SABRI RACHID
Patient DIAMANE MOSTAFA
Demande H230123425 - 23/01/2023
Organisme AUCUN

Liste des examens

biopr Biopsie prostatique 1à2 flacons

LA
Histologie

Biopsie prostatique

A Payer 700,00 Dhs

Coef-P 636

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENTS DIRHAMS

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2
1er étage, Apprt N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 87
INF : 091271000

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur :

Nom et prénom : DIAMANE MOSTAFA Age:

Tel :

Date du prélèvement : 23/01/2023 Réf. antérieur :

Siège et nature du prélèvement : Prostate

Renseignements cliniques :

Adenome de prostate

Psa 16,58 upLl

Cytologie:

- Frottis : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels :

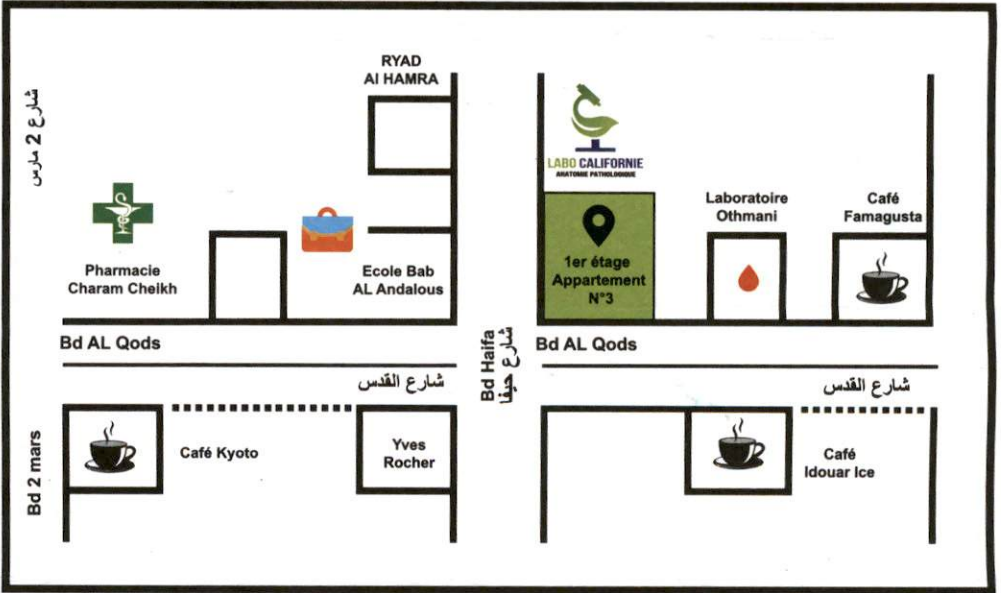
Date : 23/01/2023 Signature :

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique
3d El Quods, Immeuble Riad El C...
1er étage, Appt N° 3 - Casablanca
Tél: 07 01 49 49 27 / 07 11 04 82 27

Dr SABRI Rachid
Chirurgien Urologue
IMPE - 12122295
1er étage Appt N° 6 Sidi Ma...
Casablanca - Tel: 05 22 78 00

0666180944

يمكنكم الإتصال بنا هاتفيا لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



شارع القدس إقامة رياض القدس GH2 الطابق الأول الشقة رقم 3 الدار البيضاء

Bd EL Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1^{er} étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 07 01 49 49 27 / 07 11 04 82 27 Email : ibeliamime@labocalifornie.com

WWW.labocalifornie.ma



REÇU LE : 23/01/2023
EDITE LE : 02/02/2023

NOM & PRENOM : DIAMANE MOSTAFA
AGE : . ans
PRESCRIPTEUR : DR SABRI RACHID
REF : H230123425
ORGANE : Biopsie prostatique
ORGANISME : AUCUN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Adénome de prostate.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Parvenu 8 carottes biopsiques totalisant 86 mm de long, incluses en totalité et et analysées sur plusieurs niveaux de coupe.

Histologiquement, il s'agit d'un parenchyme prostatique siège d'une hyperplasie portant surtout sur la composante musculaire lisse. Les glandes conservent généralement une double assise cellulaire. Elles ont un revêtement épithélial cubique ou cylindrique régulier sans atypies ni mitoses. La composante musculaire lisse est dissociée par la fibrose. Il n'est pas observé de lésion de PIN ni de prolifération tumorale.

CONCLUSION:

Hyperplasie prostatique sans signe de malignité sur ces prélèvements.

Dr. Imane BELIAMIME

شارع القدس، إقامة رياض القدس، GH2 الطابق النول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1^{er} étage Appartement 3, Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma