

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0018978

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323 Société : *RAM*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *AIT MOUS Ali*
Date de naissance : *1940*
Adresse : *49, Bd. Aouij, Sidi Moussa, Meknes*
Tél. : *0603755932* Total des frais engagés : *2302,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. A. ANNOR
Oncologie Médicale Radiothérapie
CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA
MARRAKECH
Tél: 0624 422 671 / INPE-071165690*
Date de consultation : *12/12/2022*
Nom et prénom du malade : *Ali Ait Moussa* Age : *82*
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : *Tr.*
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 : *Meknes*

Le : *30/11/2022*

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
23/11/22	G			

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 EDDYFAU INPE 071185324 ICE 001639259000040	30/11/22	PAB00	2000.00m

AUXILIAIRES MEDICAUX

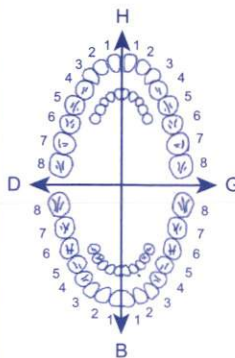
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT 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 CœEFFICIENT MASTICATOIRE	CœEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table><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		
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction)	MONTANTS DES SOINS														
	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



مختبر الدفالي للتشريح المرضي

Laboratoire Eddafali d'Anatomie & de Cytologie Pathologiques

يل - طبيب داخلي سابقا بمستشفيات ليل (فرنسا)

Dr. Brahim EDDAFALI - Dipômé de la Faculté de M

78280-22



Né(e) le : 01/10/1946

Mr AIT MOUS ALI

DR. MEKOUAR SAMIR

Entrée : 16/11/2022

الدكت

(rance)

Demande d'Examens Anatomiques

Référence

Médecin prescripteur :

Mr. Mme. Enf :

Date et lieu de naissance : ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐

Biopsie - Pièce opératoire

Date de réception : 16 NOV. 2022 Date de réponse :

Date du prélèvement :

Organe et Nature du prélèvement : Prostate

Cytologie

FCV :

• Vagin ☐ • Exocol ☐ • Endocol ☐

• Traitement en cours :

• Date des dernières règles :

• Mode de contraception :

Autres Cytologies :

• Sein (ponction, écoulement) :

• Liquide pleural : • Liquide d'ascite :

Renseignements cliniques :

PSA = 5,44

Remarques et questions

Biopsie prostatique alogues

Dr. SAMIR MEKOUAR

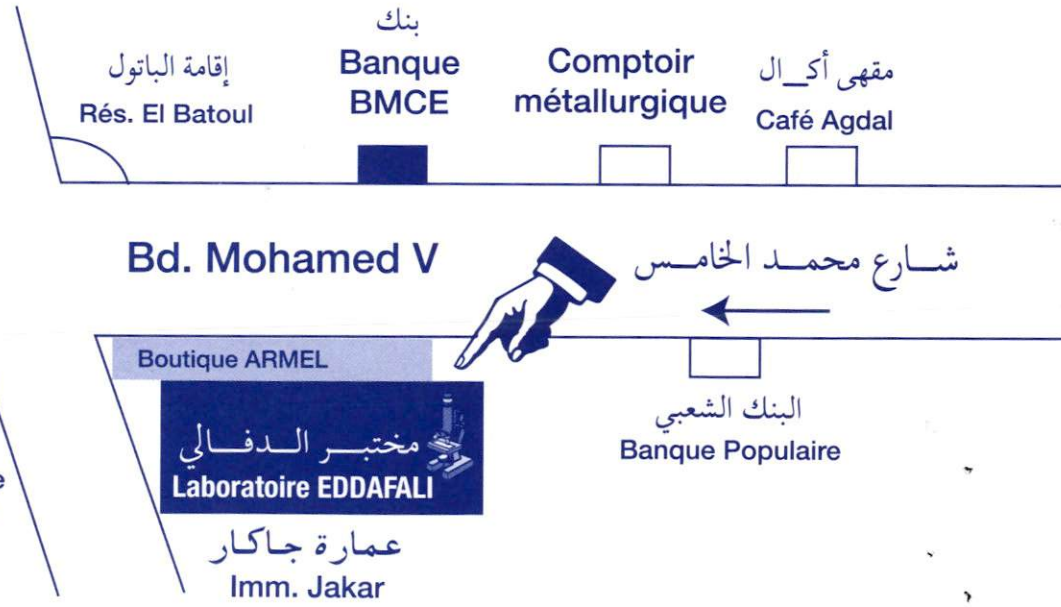
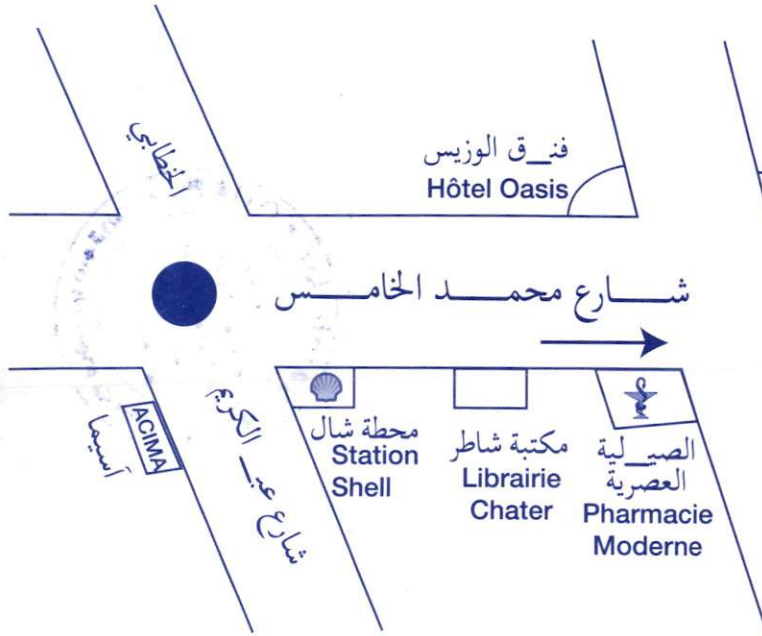
Rue Ibn Tadjine
et Hassan Guéliz
Marrakech 40120

Cachet et Signature :

شارع محمد الخامس عمارة جاكار، الطابق الأول، بناية 2، فوق متجر الأحذية ARMEL وقرب مكتبة شاطر، جليل، مراكش

Bd Mohamed V Immeuble Jakar 1er Etage App. N° 2 - Marrakech - Guéliz - Tél.: 0524 42 21 32 - Fax : 0524 42 21 33

(au dessus de la Boutique des chaussures ARMEL & auprès de la pharmacie moderne)



Laboratoire Eddafali
d'Anatomie & de Cytologie
Pathologiques



Dr. Brahim EDDAFALI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bruxelles
Ancien interne des hôpitaux de Lille (France)

مختبر الدفالي
للتشريح المرضي

الدكتور ابراهيم الدفالي
خريج جامعة الطب بروكسيل
طبيب سابق بمستشفيات ليل بفرنسا

Marrakech, le : 30/11/2022

FACTURE

Nom : **ATT Mous**

Prénom : **ALI**

Coefficient : **1800**

Tarifs : **2000, en**

Nature du prélèvement **Immuno - marqueuse**

LABORATOIRE EDDAFALI
INPE 071185334
ICE 001639259000040

~~Signature :~~
~~LABORATOIRE EDDAFALI~~
~~INPE 071185334~~
~~ICE 001639259000040~~

Clinique Spécialisée Menara

19,Albek Quartier de l'hôpital - Gueliz - MARRAKECH

0524422671

Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
M-22-11-0645-076	ALI AIT MOUS	30/11/2022
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Nouvelle consultation	300.00

Reçu établi par salma

Reception
IF : 40434664 - TP : 45326432
Tél : 0524 422 671 / INPE : 070061318
Al Bek, N° 19 Quartier de l'Hôpital
Clinique Médicale - Radiothérapie-Radiologie
CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Dr. Aziz AMMOR

Spécialiste en Oncologie - Radiothérapie

Traitement de la Douleur

Lauréat des Facultés de Médecine de Bruxelles et Paris

Ex-Chef de Service d'Oncologie de l'hôpital Cheikh Zaid de Rabat

الدكتور عزيز عمور

اختصاصي في الأندولوجيا الطبية

العلاج بالأشعة و علاج الألم

خريج كليتي الطب بباريس وباريس

رئيس قسم علاج السرطان بمستشفى الشيخ زايد بالرباط سابقا

INPE : 071165690

Marrakech, le : 21/11/2012 مراكش، في :



071165690

Cher Ami,

Bien à vous - Bonne nuit

Le Docteur Dr. Aziz Ammor

Ali pour l'heure - l'après-midi

Merci beaucoup G 3 (45).

Dr. A. AMMOR
Oncologie Médicale Radiothérapie
CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA
MARRAKECH
Tél: 0524 422 671 / INPE 071165690



Laboratoire Eddafali

d'Anatomie & de Cytologie Pathologiques

Reçu le : 30/11/2022

Répondu le : 01/12/2022

Siège du prélèvement : Prostate

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Né en 1946.

PSA : 5.44ng/ml.

Adénocarcinome prostatique peu différencié.

Mr : AIT MOUS ALI

Envoi du Docteur : AMMOR

REF : 22H3816

IMMUNO-MARQUAGE

Anticorps anti- Chromogranine (Clone LK2H10, Bio SB): Négatif.

Anticorps anti- Synaptophysine (Clone Polyclonal, Bio SB): Négatif.

Anticorps anti-Ki67 (Clone SP6, Thermoscientific): Positivité faible des cellules tumorales.

CONCLUSION :

Aspect immuno-histochimique d'un adénocarcinome prostatique peu différencié sans différenciation neuroendocrine.

Dr B. EDDAFALI

Dr. Brahim EDDAFALI

Anatomie - Cyto - Pathologiste

Bd. Mohamed V. Imm. Jakar App. N°2

1er Etage Guéliz - Marrakech

Tél 05 24 42 21 32/Fax 05 24 42 21 33