

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 0039875

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 546 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JADHER Med.

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : 18. Rue BELLACHE Hassan

0. ASIS CAS

Tél. 06 61 17 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : JADHER Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Résection

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) :

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
22/03/23	C2		gratuit	 

22/03/23	C2	gratuit	 <p>Dr. A. EL-JENNANE CHIRURGIEN UROLOGUE 280, Bd. Bordeaux Bourgnon, 1er Etage Casablanca Tél. 06 15 62 00 63 mail: eljennane@gmail.com</p>
----------	----	---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dr. AMEL ET-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
280 Bd. Bordeaux Bourgoing 1er Etage
Casablanca Tél. 06 16 62 00 63
amel.etjennane@gmail.com

[illegible]

[illegible]

LABORATOIRE DE PATROLOGIE DU CENTRE COURCIER (H.H.) B. Zerkouni, Casablanca Tél. 05 22 22 51 31	22/03/23	P1090	1200,00
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------	---------

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
COURCOUR (H.H.)
Bd. Zerkouni
Tél.: 05 22 22 51 31

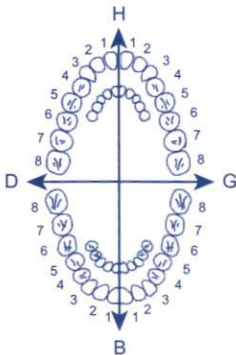
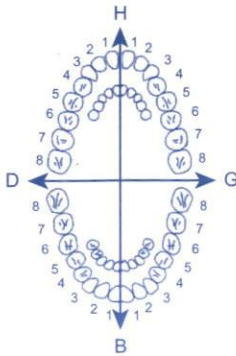
[illegible][illegible]

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 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"> <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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Age

Date du prélèvement

22/03/2023

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

ATCD de cancer métastatique de vaise
de stade pT4 de haut grade + cis
souffrant de BCC basale (6 ans)

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

RTUV

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

① lésion de la face
antérieure

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

② lésion myxofibreuse
de la face antérieure

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 ☐

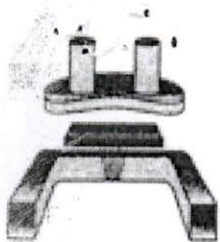
Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

CBE : ☐

Endomètre ☐

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 25/03/2023

FACTURE N° : 23/03949

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

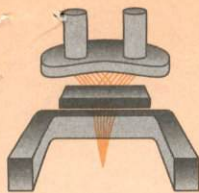
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **22/03/2023**

Pour **JAOUHER MOHAMMED**

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

Signature
Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Bd Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 90



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 23/03/23

Nom & Prénom: Mr JAOUHER MOHAMMED

Sur ordonnance du: Dr EJ-JENNANE

Réf: 23H03748

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 22/03/23

Organe ou siège du prélèvement : vessie

Renseignement(s) clinique(s): Age : 78 ans

Antécédent de carcinome urothélial de vessie de stade PTa
de haut grade + CIS suivi de BCG thérapie
RTUV

1- lésion de la face antérieure

2- lésion de la face postérieure

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

- 1- Lésion de la face antérieure : Matériel multifragmenté pesant un gramme, mesurant en tas 2 cm, la taille des copeaux variant de 0,4 cm à 1 cm, inclus en totalité,
- 2- Lésion de la face postérieure : Matériel multifragmenté pesant un gramme, mesurant en tas 2,2 cm, la taille des copeaux variant de 0,1 cm à 1 cm, inclus en totalité,

A l'examen histologique, l'ensemble des fragments examinés (les deux lésions) montrent une muqueuse urothéliale dont le chorion est remanié par un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire, mêlé à des cellules géantes multinucléées.

Par ailleurs, il n'est pas vu de prolifération urothéliale papillaire résiduelle ni de carcinome in situ.

Le muscle visible sur plusieurs copeaux est sain.

Conclusion : RTUV : Aspect morphologique d'une muqueuse vésicale inflammatoire avec réaction à cellules géantes de type macrophagique.

Absence de résidu néoplasique.

Muscle vu et non infiltré.

Dr L.LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerktouni
20522 22 51 31/0522 22 51 31
0522 22 51 31/0522 22 51 31