

# 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.

## Biologie 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

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- 062851

☒ Maladie *L.D.* ☐ Dentaire *ND 29631* ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0836* Société : *R.A.M.*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *JAMALEDDINE MOHAMED*

Date de naissance : *01.01.1943*

Adresse : *49. RUE MY IDRESS EL AZHAR - BERRERCHID*

Tél. : *06.41.44.46.65* Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*M.L.D.*

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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 : *BERRERCHID* Le : *24 / 05 / 2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-062851

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *0836*

Nom de l'adhérent(e) : *JAMALEDDINE*

Total des frais engagés : *3340,00 DH*


Date de dépôt : .....



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.05.2022	3340,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

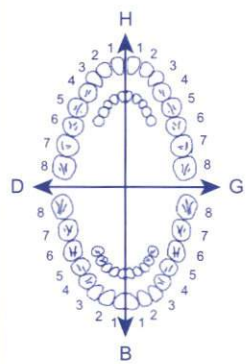
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D 00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G 00000000              11433553              B           </div> </div>			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"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ANE EL MEHDI  
IE MUSTAPHA  
IE ANAS  
IE AMINE

أستاذ مزيان المهدي  
الدكتور مزيان مصطفى  
الدكتور مزيان أناس  
الدكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية التناسلية

ORDONNANCE

01/05/2020

Casablanca, le :

**Mr. JAMALEDDINE Mohamed**

جراحة المسالك

العلاج  
تقنيات الجراحة

الجراحة  
LE

3340.50

**ZOLADEX 10,8 mg**

1 inj. sous cutanée / 3 mois

جراحة المسالك  
IQUE

جراحة المسالك  
OLOGIQUE

الانعاش  
الاختصاص

UTES  
LES

مركز تقنيات  
PSIE

مركز المسالك  
GIE

ARD

Pharmacie  
Docteur L. Zineb  
05 22 20 14 40

**Dr. MEZIANE ANAS**  
Chirurgien Urologue  
Clinique la source - Casa  
Tél.: 05 22 20 14 40

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca  
Zoladex 10.8mg implant inj n  
P.P.V : 3340,00 DH



## LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Date de vente : 06/05/2020  
Médecin traitant :

MR JAMALEDDINE MOHAMED  
BERRECHID, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZOLADEX IN 10.8MG B1 INJECTABLE	1	3 340,00	Exonéré (0.00%)	3 340,00

Total HT	3 340,00 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>3 340,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille trois cent quarante  
DHS

Pharmacie 2000  
Droguerie L. Zineb  
22, rue Mohammed V - BESRECHID  
0283 83 36 05

IF : 70742700 RC : 12920 ICE : 000510808000032  
Tel : 05 22 53 36 05 RIB : ATTIJARI WAFABANK 007780000364200000011923  
Adresse : 22 boulevard mohammed 5 , berrechid





RESULTAT DE LA BIOPSIE

# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 02/07/2018

Nom et prénom: MR JAMALEDDINE MOHAMED  
Sur ordonnance du Pr: MEZIANE M.  
N° d'anapath: 279AHB0618

Parvenu au laboratoire le 29/06/2018

Organe ou siège du prélèvement: Prostate

Renseignements cliniques: Age: 75 ans  
Prostate dure  
PSA= 80,14 ng/ml

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Reçu 4 cassettes contenant dans chacune d'entre elles des carottes biopsiques non différenciées, parfois fragmentées, de 0,4 cm à 2 cm

### **Inclusion totale**

#### Coupes microscopiques :

- Aspect partout identique
- Toutes les carottes sont néoplasiques
- Glandes désorganisées espacées les une des autres parfois fusionnées avec structures cribriformes disséquant la composante musculaire
- Cellules cylindriques, au cytoplasme clair bien limité, renfermant un noyau arrondi, augmenté de volume, nucléolé ; l'assise basale n'étant pas retrouvée
- Stroma fibro-congestif
- Encorbellement péri-nerveux, par places
- L'espace péri-prostatique n'est pas retrouvé sur ce prélèvement
- Absence de PIN de haut grade

**Conclusion :** Adénocarcinome de prostate grade 4 de Gleason, score 3+4=7 de Gleason,  
atteignant tous les fragments biopsiques  
Encorbellement péri-nerveux par places  
Absence également de PIN de haut grade  
L'espace péri-prostatique n'est pas retrouvé

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomie Pathologique de la Faculté  
de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Militaire Avicenne  
310, Rue Omar Piffi - Casablanca  
Tél: 0522 445 100 / Fax: 0522 445 230  
Gsm: 0661 322 002 / E-mail: hafid.al1@hotmail.com