

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### diologie 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.

### tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### entaire :

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

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° M20- 0002114

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4543 Société : 55.062

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAOUDI BOUCHAIB

Date de naissance : 19-05-1960

Adresse : 240 Bd EL Joulane Salma 2 Casa

Tél. : 0674370077 Total des frais engagés : 2037 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2021

Nom et prénom du malade : KHAOUDI BOUCHAIB Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ADENOME PROSTATE

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° : 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/12/2020      |                   | CS/2                  |                                 |  |
| 04/01/2021      |                   | CS/2                  |                                 |   |

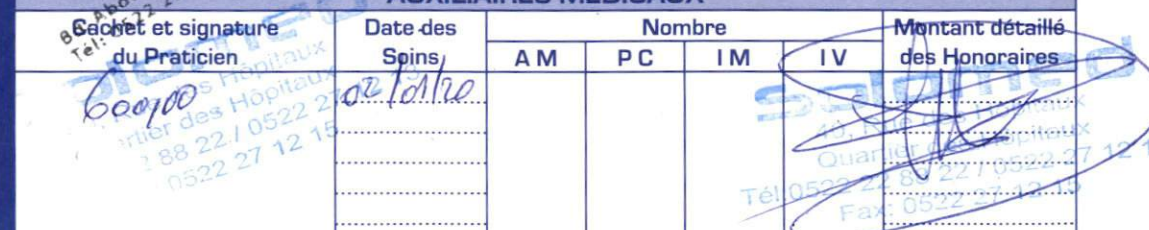
# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 04/11/21   | 65,40                 |
|  | 04/11/2021 | 722,50                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 04/01/21 |                              | 650,00                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

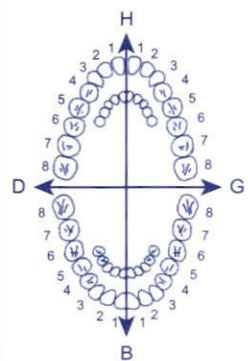
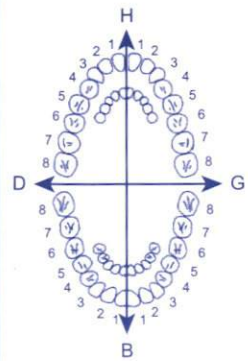
| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|  | 02/01/20       |        |    |    |    |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient         |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|--|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |  |                  |                     | Coefficient DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 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 |
|   | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

le 04-01-2021

19650x2



11 52pca 120 4p x 2 g p r n y



21 Myabalyz 4p x 3 g

30,00

62503/ 4p x 2 g



5280

Anlcr 4p x 2 g



147.8 2p x 2 g

36.70 4p x 3 g

722.50

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tel.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

PHARMACIE SALAM  
SEKT 4 TINA DIA  
Face CNSS, Ain Chok  
Tel : 05 22 21 13 26 / HT 3402

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE





LOT: 05820010  
PER: 04/2023  
PPV: 196.50DH

196,50

LOT: 05820010  
PER: 04/2023  
PPV: 196.50DH

196,50

**MYANTALGIC**® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00

EXP 09/2022  
LOT 01019 2

LOT 200968  
EXP 04 2023  
PPV 62.50

62,50

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 20010  
PER: 10/2022  
PPV: 52,80 DH

PPV : 147,50 DH

36,70



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴰⵎⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE



الإدارة II  
INARA II

le 31.12.2020

M. KHAOUFI BOUCARIB

1) TUBULUNT en Y

pour résection de la prostate  
de la prostate

10, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux  
Tél: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93  
Fax: 0522 50 45 13

ET



وصفة  
ORDONNANCE



le 04/01/2021

d/R. KHAOUA

Loxen 20 mg  
65,40  
1 of X 2/1



LOXEN® 20 mg  
30 comprimés sécables

Distribué sous licence par  
LAPROPHAN S.A.  
Casablanca - Maroc

-- LAPROPHAN --  
PPV : 65DH40

**PHARMACIE SALAM**  
SEKAT Nadia  
430 Bd. Al Qods in ara Ain Chok  
Face CNSS, Casa  
Tél.: 05 22 21 13 26 / P.T. 3402

**Dr. DOUHAL Samira**  
Anesthésie Réanimation

MIR KHAOUDI M. UCHAIB

Date : 02/01/2020

N° : FT000093/2

Régl. : ESP

| Désignation                                       | Qté. | Prix Unitaire | Mont. TTC |
|---|------|---------------|-----------|
| 02/01/2021 BL000093/<br>BULEURE EN Y TYPE ROCAMED | 1    | 600.00        | 600.00    |

**Solomed**  
40, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux  
Tél: 0522 22 88 22 / 0522 27 12 13  
Fax: 0522 27 12 15

HT 20 % : 500.00

TVA 20 % : 100.00

TOTAL HT : 500.00

T.V.A : 100.00

TOTAL TTC : 600.00

La présente facture à la somme de : SIX CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES /.



# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Dr. Hind ALATAWNA

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : Dr. Z. Bouhassani

Nom et prénom : KHAOUAN B. Bouhassani Mr ☒ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age : 70 ans

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : Anus

Cytologie :

- Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Rectum curian - Date : 14/01/2021  
avec tumeur maligne PMA Anus

Radiographies : .....

Date : 04.01.2021 Signature : .....

**Dr. Hind ALATAWNA**  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, Casablanca  
Tél: 05 22 23 37 50 Fax: 05 22 23 39 50

**DR. ENNES SAOUD VASSIR ABARIN**  
CHIRURGIEN UROLOGUE

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N° 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 50 - Fax : 05 22 23 39 50 - E-mail : [patho-ibnzohr@gmail.com](mailto:patho-ibnzohr@gmail.com)

ICE : 001864938000053



# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casablanca 04/01/2021

FACTURE N°21/0004

NOM ET PRENOM : KHAOUDI BOUCHAIB

Nature du prélèvement : Résection de prostate

Date du prélèvement : 04/01/2021

Référence : H10104029

Montant de : 650 dhs.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Six cent cinquante dirhams.



Signé  
Dr. Hind KATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Lalef Casa  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

Patente N° 34708372

ICE :001864938000053

INPE :091151944

RECU LE : 04/01/2021  
EDITE LE : 07/01/2021

NOM & PRENOM : KHAOUDI BOUCHAIB  
PRESCRIPTEUR : DR EL MESSAOUDI  
Age : 70 ANS  
N/REF : H10104029

**Nature du prélèvement :** résection de prostate

**Renseignements cliniques :** Rétention urinaire  
Echo : HBP à 30gr avec lobe médian  
PSA normal.

### COMPTE RENDU

Reçu des copeaux de résection prostatique pesant 5 grammes, mesurant entre 0,6 et 0,7cm, examinés sur plusieurs niveaux de coupe étagés.

Histologiquement, ils montrent un parenchyme prostatique siège d'une hyperplasie adéno-léiomyomateuse. Les glandes sont ectasiques le plus souvent, tapissées par un revêtement épithélial cubique ou cylindrique régulier avec conservation de la basale. La composante musculaire lisse est dissociée par la fibrose.

Il n'est pas observé de lésion de PIN.

Il n'est pas vu de prolifération tumorale maligne.

Présence d'un infiltrat lymphocytaire mononucléé.

### CONCLUSION :

Aspect morphologique d'une hyperplasie adéno-léiomyomateuse prostatique bénigne.

- Absence de PIN
- Absence de malignité.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

**Dr. Hind ALATAWNA**

Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleej Casa  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50