

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0031373

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 398 Société : am

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. ABET MALIK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

[illegible][illegible][illegible]

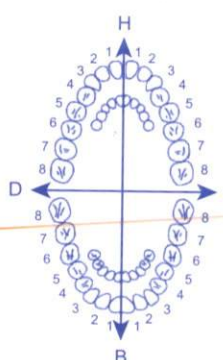
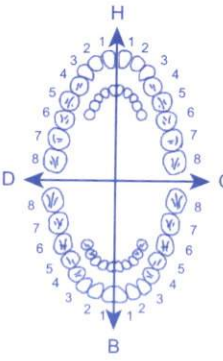
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
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  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

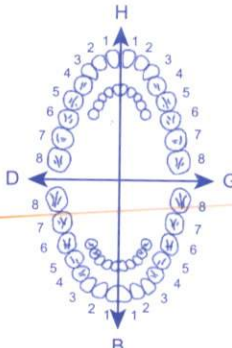
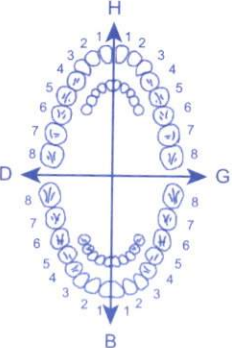
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			CCOEFFICIENT 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

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-714734

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 398 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : MRABET MALIKA veuve AOURA  
 Date de naissance : 01-01-1965  
 Adresse : Cite de la C.U. Bloc 5 n° 210 Hag Hassan Casablanca  
 Tél. : 0661332135 Total des frais engagés : 1408,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 17/10/2022  
 Nom et prénom du malade : MRABET MALIKA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Digestive  
 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 : Casablanca Le : 20/10/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-714734

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 :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :  
 H. HAKANI

Autorisation CNDP N° : A-A-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
17/10/22				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	17/10/22	808.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	17/10/22	P550	600DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : 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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <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 <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



# Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Casablanca, le 19/10/2022

Nom & Prénom : **MRABET Malika**  
Prescrit par : **Dr HALLOULY Ikram**  
Ref. : **22H1179**

Prélevé ou parvenu au laboratoire le : **17/10/2022**  
Organe ou nature du prélèvement : **1/ Colon. 2/ Estomac.**  
Renseignement(s) clinique(s) : Age : **57 ans**  
Biopsies coliques étagées. Gastrite antro-fundique pétéchiale congestive.

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### 1/ Colon :

6 sections histologiques sériees sont réalisées sur les 4 fragments biopsiques reçus. ces p montrent une très discrète colite interstitielle sur une muqueuse non atrophiée, à surface peu sinueuse ou légèrement aplatie, non érodée. Le chorion interstitiel est le siège d'un infiltrat inflammatoire lymphoïde mononucléé grêle, en quelques oints légèrement plus dense, composé de lymphoplasmocytes et d'éosinophiles épars. Y est repéré un petit îlot lymphoïde à centre clair sans autre particularité. Les glandes coliques ont une mucosécrétion cellulaire conservée ; normale. On ne leucocytaires décrit pas d'aspect différencié ni de micro-abcès. le "screening" au fort grossissement repère une légère augmentation des lymphocytes intra épithéliaux associés à de très rares polynucléaires, sans lymphocytose accrue notable.

Pas de colite microscopique de type lymphocytaire ou collagène.

Pas de MICI à minima.

### 2/ Estomac :

Le prélèvement biopsique reçu comporte :

-Un fragment de muqueuse duodénale sans particularité lésionnelle notable, dont la surface est hérissée de villosités intestinales globalement bien déroulées, par places légèrement raccourcies ou branchues, sans réel caractère atrophique notable. Leur revêtement épithélial entérocytaire est orthoplasique, non différencié, dépourvu de lymphocytose accrue. Pas d'atrophie villositaire ni de réel aspect inflammatoire.

-4 fragments de muqueuse antro-fundique légèrement inflammatoire, micro-congestive, non atrophique et non métaplasique, à épithélium superficiel focalement abasé, sans réel aspect érodé ou exulcéré apparent. Son chorion interstitiel est occupé par un infiltrat inflammatoire mononucléé lymphoplasmocytaire grêle, régulièrement réparti, englobant par ailleurs de rares polynucléaires, sans îlot lymphoïde à centre clair associé. Il n'a pas été relevé de différenciation épithéliale glandulaire ni de micro-abcès. pas d'atypies cellulaires dysplasiques.

Recherche d'HP négative.

## CONCLUSION :

\*Colon : très discrète colite interstitielle sans caractère spécifique. Pas de colite lymphocytaire ou collagène ni de MICI à minima.

\*Gastrite antro-fundique minime micro-congestive, non érosive, sans atrophie ni métaplasie intestinale notables.. Pas de dysplasie. Recherche d'HP négative.

\*Muqueuse duodénale sans anomalie histologique notable. Pas d'atrophie villositaire.



59, Bd Rahal El Meskini - 3ème Etage - Casablanca الدار البيضاء - الطابق الثالث - 59

Tél. : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02 - E-mail : patholab6@hotmail.fr - Taxe Professionnelle : 34303849 - I.F. : 41903849

I C E : 001807132000085 - I N P E : 092003234



*Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center*

*Dr Meryem Cherkaoui*

*Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France*

Nom & prénom : **MRABET Malika**

**FACTURE N° : 22/1251**

**DATE : 17/10/2022**

Désignation	Cotation	Montant
Biopsies x (2 Flacons)	550P	600,00
Total Cotation		Total Montant
		600,00

**Arrêtée la présente Facture à la somme de :**  
**SIX CENTS DIRHAMS**





G804268  
HAY HASSANI

14

0661332135

600 514 A bclermonen

Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Date : 17/10/2022

**Demande d'Examen anatomo - cytopathologique**

Nom & Prénom : MRABET MALIKA Age : 1965

MRABET Malika

e Dr.



# 22H1179 #

Dr HALLOULY Ikram 17/10/22

Localité du prélèvement :

① Colo  
② Endo

Renseignements cliniques / antécédents :

① Coliques chroniques  
② Cystite Antisepsie vaginale postménopausale



Dr. IKRAM HALLOULY  
GASTRO-ENTÉROLOGUE  
7, Rue Beldjoudj - Casablanca  
Tél: 05 22 54 01 93

Cachet et Signature :

59, Bd Rahal El Meskini 3<sup>e</sup> étage Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 Fax : 05 22 44 78 02

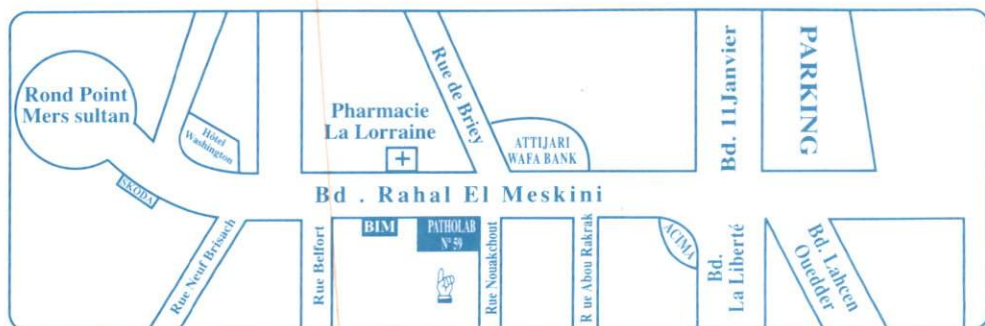
Email : patholab6@hotmail.fr



# Laboratoire de pathologie ☆ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France



**Le laboratoire peut récupérer vos prélèvements sur place**

59, شارع رجال المسكيني - الطابق الثالث، الدار البيضاء الهاتف : 05 22.54.01.93 الفاكس : 05 22.44.78.02  
59, Bd. Rahal El Meskini 3<sup>e</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02  
E Mail: patholab6@hotmail.fr

E-Mail: patholab6@hotmail.fr / Accès google : Laboratoire Patholab Casablanca  
59, Bd. Rahal El Meskini 3<sup>e</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02





**Clinique**  
**Abdelmoumen**  
Multidisciplinaire

مصحف عبد المومن  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 17/10/2022

M MRABET MALIKA

1/ Cinet cp

226, 1 cp x 2/j Avant les 2 reps  
1 Senae

2/ ESAC 40 g Gel

27.50 1 Gel x 2/j

1 mois

3/ Anago Sinop

27.70 2 ca s x 3/j Apres reps

4/ Anxiol cp S.V

27.50 1/2 - 0 - 1/2 cp les 2

5/ Alflon gel

16 gélule Mat - a g2

15 jours  
Dr. IKRAM HALLOULY  
GASTRO-ENTÉROLOGUE  
- 7, Rue Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 98 02 98 / 05 22 98 05 06

شارع عبد المومن، 27، زنقة الإمام البصري - فرانس فيل - الدار البيضاء  
Bel Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06  
E-mail : cliniqueabdelmoumen@gmail.com

808.25

Cinet® 10 mg

30 comprimés



6 118000 280323

LOT: 21019 PER: 01/2024  
PPV: 44,00 DH

36170

226,00

Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)  
P.P.C.: 245,00 DH  
CE N°: 34757/2019/DMP

226,00

LOT : 9942  
UT. AV : 06 - 25  
P.P.V : 30 DH 50