

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 000245h Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Selmaoui Malika

Date de naissance : 17/12/1987

Adresse :

Tél. : 0691593763 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 5/11/2012

Nom et prénom du malade : SELMAOUI Malika Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie de la peau

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

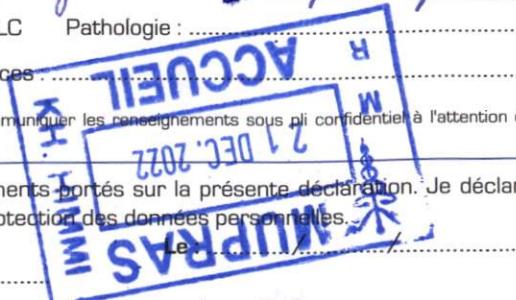
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
5/11/22	C <sub>2</sub>	-G		<i>(Handwritten signature over a circular stamp)</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>(Handwritten signature over a circular stamp)</i>	B210	400,00 Frs

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

## RELEVE 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	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# HISTOLABO

Dr Najia BENNANI  
Laboratoire d'Anatomie  
et de Cytologie Pathologiques

## Demande d'examen

De la part du Dr MESTASSEN

Nom et Prénom du Patient Selma

Date du Prélèvement Dr. Daniel BOUJIGEANT  
5/11/22

Age 1957

Renseignements Cliniques

CB

métroménorragie / anovulatoire

Siège du Prélèvement

Nature de l'acte réalisé

### Pour F.C.V et Biopsie endométriale à visée hormonale

- Date des Dernières Règles
- Thérapeutique Antérieure ou en Cours
- Durée du Cycle

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
Myl M'BRISS 1er  
Myl M'BRISS 1er Face à l'Ecole  
GYNÉCOLOGUES - ACCOUCHEURS  
4, Place Maréchal - CA  
Tél : 0522 27 73 50 / 0522 27 69 05  
16 Bd Mydriess 1029 Casablanca  
Parcels de Foucauld 36 / 29-Casablanca  
0522 86 38 36 / 0522 86 38 36

Signature et Caducité  
Dr. Danielle BOUJIGEANT  
MESTASSEN  
GYNECOLOGUES - ACCOUCHEURS  
4, Place Maréchal - CA  
Tél : 0522 27 73 50 / 0522 27 69 05

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytopathologiste  
Diplomée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 07/11/2022

Nom & Prénom : SELMAOUI MALIKA

N° d'examen : **2211H0181**

Date réponse : 09/11/2022

## **FACTURE N° 22/08355**

<b>Nature du prélèvement</b>	<b>Cotation</b>	<b>Montant TTC</b>
Curetage biopsique.	B210	400,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre cents Dirhams**

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
My Idriss I<sup>er</sup> (face à l'école  
charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher  
86 Bd My Idriss I<sup>er</sup> Charles de Foucauld  
Rés. Al Jawaher  
Tél: 0522 86 11 36 / 29 - Casablanca

**Dr. Latifa BADRE**  
Anatomocytopathologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 07/11/2022  
Date de réponse : 09/11/2022  
Sexe : F  
Age : 65 ans

N° d'examen : 2211H0181  
Nom et Prénom : Mme SELMAOUI MALIKA  
Médecin traitant : Dr. DANIELE DUVIGEANT  
MESTASSI

**Nature du prélèvement :** Curetage biopsique de l'endomètre.

**Renseignements cliniques :** Métrorragies post ménopausiques.

## **COMPTE RENDU**

Le prélèvement examiné comporte de multiples fragments pesant ensemble moins de 5 grs, inclus en totalité, analysés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à des fragments tumoraux, montrant une prolifération carcinomateuse infiltrante de nature glandulaire. Elle est faite de structures glanduliformes, de massifs et amas de cellules cohésives, à cytoplasmes abondants éosinophiles. Les noyaux sont hyperchromes irréguliers, siège de nombreuses atypies et figures de mitose atypiques. Présence de foyers de nécrose tumorale (20% sur ce matériel).

**CONCLUSION :** - Carcinome endométrial de type endométrioïde, infiltrant, de grade 2-3 sur le matériel examiné, avec présence de foyers de nécrose tumorale (20%).  
- Stade pT1 au moins.

Signé : Dr. L. BADRE