

# 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

- 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](http://www.mupras.com)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4672		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUASSINI Abdellali			
Date de naissance : 01/01/1948			
Adresse :			
Tél. 06 96 64 78 73		Total des frais engagés : 600,000 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation :	06/04/2023	Age : 75
Nom et prénom du malade :	OUASSINI Abdellali	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Maladie de la prostate	<input type="checkbox"/> Enfant
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca

Le : 06/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/10/23	6	W.	DR. BENSAIDI Fatima Zahra Professeur en Chirurgie Générale 091143990

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. BENSAIDI Fatima Zahra CENTRE DE PROTHÉSIS DENTAIRE - 091143990	10/10/23	P5H5	600,00 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

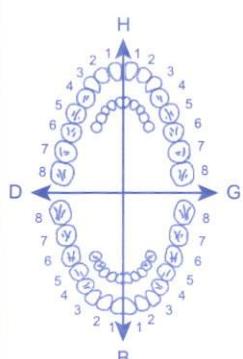
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
[Creation, remont, adjonction]	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	B			
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

**Dr. Abdelmajid RIFKI**

Anatomo-cytopathologiste  
Diplômé de l'Académie de Lyon  
Ex. enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



**Pr. Soumaya ZAMIATI**

Anatomo-cytopathologiste  
Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

**مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس**  
**CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS**

Reçu le : 10/04/2023  
Edité le : 14/04/2023  
Âge : 75 ans

Notre réf. : H232AR0107  
Prescripteur : Pr. BENSARDI  
Patient(e) : Mr Abdelali OUASSINI

Organe : **Vésicule Biliaire**  
(Coliques hépatiques. VB lithiasique)

### **COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE**

#### **MACROSCOPIE :**

L'envoi concerne une vésicule biliaire largement ouverte, mesurant 8 x 3 cm. La paroi est souple et fine. Le relief muqueux est effacé, ponctué de quelques débris lithiasiques.

#### **MICROSCOPIE :**

L'examen histologique montre des lésions de cholécystite chronique sans signes d'activité. Le revêtement est régulier, décrivant de rares villosités et s'insinuant, au niveau du collet, pour former des récessus de Rokitansky-Aschoff. Le chorion fibreux siège d'un infiltrat inflammatoire modéré et mononucléé, fait surtout de lymphocytes s'organisant par endroits, en nodules lymphoïdes parois à centre germinatif. La muscleuse est dissociée par une fibrose et la séreuse est le siège d'une hyperplasie nerveuse.

#### **CONCLUSION :**

Cholécystite chronique lithiasique avec lésion de cholécystite folliculaire.

Absence de malignité.

**Pr. S. ZAMIATI**



Page 1/1

**Dr. Abdelmajid RIFKI**

Anat.-cytopathologiste

Diplômé de l'Académie de Lyon

Ex. enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca



**Pr. Soumaya ZAMIATI**

Anatomo-cytopathologiste

Ex. enseignante à la Faculté

de Médecine de Casablanca

**مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس**  
**CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS**

## FACTURE

REF : FA23001781

Date de facturation 17 / 04 / 2023

Médecin traitant Pr. BENSARDI

Patient Mr Abdellatif OUASSINI

Demande référence H232AR0107

Demande reçu le 10/04/2023

A Payer	600,00	Dhs
coefficient-P	545	
Mode de règlement		

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS

**Pr. S. ZAMIATI**

ICE 001808242000088 IF 15200176 INPE 91024752 INPE du Laboratoire 093002954

Dr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste

Diplôme de l'Académie de Lyon

Ex. enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste

Ex. enseignante à la Faculté

de Médecine de Casablanca

## مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

LG 2 AW lot

### DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : Ryad Rifi

Nom et prénom : ....



Age : 45 ans

Date du prélèvement

Siège et nature du p

M. OUASSINI ABDELALI

Né le : 01/01/1948

ière : ....

Renseignements cliniques :

Coliques hyst  
VB li hyst (dilatation myomatique)

Cytologie :

- Frottis : Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles : .....

- Autres : Ponction  Liquide

- Traitements éventuels : .....

Date :

06/4/23

Signature :

Dr. BESARATI Zahra  
Professeur en Chirurgie Générale  
091143990