

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 080684

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Dr. H. M. Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667 123422 Total des frais engagés : 1120,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr. H. M. Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Vésicule biliaire

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 : / /

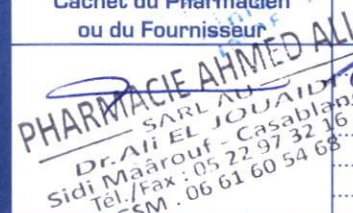
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
01/06 2023		St	300 DH	
12/06 2023		Gnatuik		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/06/23	270.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/06/23	9550	600 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

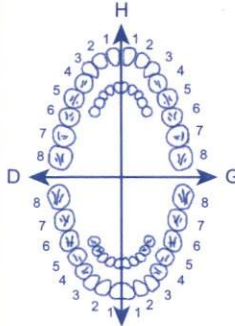
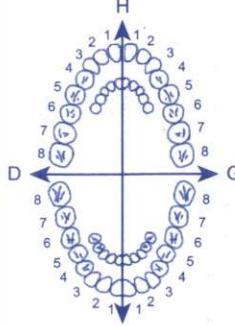
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

PPV: 153DH10
PER: 02-25
LOT: M516

LOT 211487
EXP 04/2024
PPV 30.00DH

Date : 12/06/2023

Nom/prénom :

Sidi Mohammed

27.00

➤ SPASFON cp.

01 cp x 03/ jours.

309.00

➤ OEDES 20 mg.

01 gel le matin avant repas pdt 07j

153.10

➤ MAXICLAV 1 G.

01 sachet x 03/j pdt 06 j

T = 210,60

Dr. H. IDRISSAOUI
Anesthésiste - Réanimateur

PHARMACIE AHMED ALI
SARLAU
DR. EL JOUADI
Sidi Maarouf - Casablanca
Tel/Fax : 05 22 97 32 16
GSM : 06 61 60 54 68

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA
FACTURATION
27 rue Jean Jaurès Q. Gauthier 20060
Casablanca
Tel: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000
INPE: 090002379



60054
CH

Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Date : 12/06/23

Demande d'Examen anatomo - cytopathologique

Nom & Prénom : DADISSI Sidi Mohamed Age : 1954

Examen demandé par le Dr. RADHI

Nature du prélèvement : Pap frottée

DADISSI Sidi Mohamed

Ren: # 2311109 #

Dr Meryem Cherkaoui 14/06/23

écédents :

الدكتور ن. رادحي
Dr. N. RADHI
Chirurgien - Casablanca
Clinique Atlas - Casablanca
Tél : 05 22 54 01 93

PATHOLAB
Dr Meryem CHERKAOU
INP : 091041384
Tél : 05 22 54 01 93
Bd. Rahal El Meskini - Casablanca

Cachet et Signature :

59, Bd Rahal El Meskini 3^e 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

Nom & prénom : **DADISSI Sidi Mohamed**

FACTURE N° : 23/1142

DATE : 14/06/2023

Désignation	Cotation	Montant
Vésicule biliaire	550P	600,00

Total Cotation	Total Montant
	600,00

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





Casablanca, le 20/06/2023

Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & Prénom : **DADISSI Sidi Mohamed**
Prescrit par : **Dr RADHI Nouredine**
Ref. : **23H1109**

Prélevé ou parvenu au laboratoire le : **14/06/2023**
Organe ou nature du prélèvement : **Vésicule biliaire**
Renseignement(s) clinique(s) : **Age : 69 ans**
Pyocholécyste.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Les prélèvements étagés réalisés sur cette vésicule biliaire à caractère déchiqueté, reçue en plusieurs fragments, ont intéressé la région du collet, le corps et le fond vésiculaire.

Les plans de coupe histologiques examinés montrent une paroi très inflammatoire, vésiculaire globalement épaissie, remaniée par une fibrose collagène dense voire scléreuse, siège d'une hyperplasie et hypertrophie des filets nerveux. L'infiltrat inflammatoire interstitiel mononucléé est de densité variable et de répartition hétérogène, composé de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires, associé à de nombreux îlots lymphoïdes à centre clair germinatif. La muqueuse est par places mamelonnée, souvent dénudée ou ulcérée. Ailleurs, elle est hérissée d'axes conjonctifs dénudés, ou à épithélium cubo-cylindrique dystrophique. Il n'a pas été relevé de néoplasie épithéliale. Ici est là sot observé des recessus glandulaires intra pariétaux ainsi que des concrétions biliaires réfringentes dans la lumière vésiculaire.

CONCLUSION :

- *Cholécystite chronique lithiasique en poussée.
- *Pas de malignité.

