

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 canalaire, 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 canalaire.

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

A 24615
Déclaration de Maladie : N° S19-0000095

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12692 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMRATI Khadija Date de naissance : 01/01/1986

Adresse : Drar Al Karam GH2 30m

Tél. : 0662 36 79 64 Total des frais engagés : 737,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : M / 25 /

Nom et prénom du malade : M. MADAÏ HASSAN Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 08/09/2023 Casablanca Le : 08/09/2023

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
11/03/2021				 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. BORTOLINI</i> Lot. Ballinar Bioc. 18 Tel. 0512 18 00 00	11/12/23	237.-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/07/13	1100	500,00

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'D' on the left side, 'G' on the right side, 'H' at the top, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown with a central vertical line and horizontal lines extending to the left and right.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

Pr. H. CHELLY
Clinique AL FARABI
O.R.L
Tél: 091040949



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : Pr. Chelly

Nom et prénom du patient : AMRATI Khedija

Age : 37A Sexe : F

Date de prélèvement : 10.7.23

Renseignements cliniques et paracliniques :

OTC d'ulcérations

Typhoïdose OD

Endoscopique

Oule hystamnatoire

→ Fond de Case

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet
Pr. H. CHELLY
Clinique AL FARABI
O.R.L
Tél: 091040949

RECU LE : 10/07/2023
EDITE LE : 14/07/2023

NOM & PRENOM : AMRATI KHADIJA
PRESCRIPTEUR : Pr. CHELLY HASSAN
AGE : 37 ans
Code Patient : 116141
N/REF : 30710331
ORGANE : TYMPAN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

OMC droite perforante. Tympanoplastie OD endoscopique. Fond de caisse

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Parvenu un fragment de 0.3 cm, inclus en totalité et examiné sur niveaux de coupe. Histologiquement, il s'agit d'un matériel fibrinohémorragique ponctué de quelques éléments inflammatoires polymorphes avec un bout de fragment de tissu fibreux dense et de lamelles de kératine.

CONCLUSION:

- Remaniements inflammatoires chroniques kératosiques en poussée aigue fibrinohémorragique.
- Absence de spécificité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE





CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 003224214000036 IF 40204512

FACTURE

REF : 23/09472

Date de facturation 20 / 07 / 2023
Médecin traitant Pr. CHELLY HASSAN
Patient AMRATI KHADIJA - 116141
Demande **H30710331 - 10/07/2023**

Liste des examens

PETITE PIECE

	Total	500,00	Dhs
coefficient-P			455

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

6, Rue des Hôpitaux - 1er étage N° 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
Tél : 0522 22 13 46 - Email : labocasapath@gmail.com

Casablanca le 11/07/2023

Casablanca, le

Mademoiselle

KHADIJA

AMRATI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Aggrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Aggrégé



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

33. ^o
SPECTRUM Gttes auriculaires
2 gouttes *2 par jour pdt 15 jours
puis
2 gouttes matinales pendant 1 mois

19^o ^o AEROMAX
1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pdt

14^o ^o DOLIPRANE 1 g
1 cp matin et soir pendant 4 jours
et à la demande si douleur sans dépasser 3cp/j

23^o ^o

Ne pas dormir sur l'oreille opérée

déméchage dans 12 jours
(Consultation Prof. CHELLY)
ne pas dormir sur l'oreille opérée
Ne pas se moucher après démèchage



Professeur H. CHELLY



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص