

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



74615
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 : AMRAT Khadija Date de naissance : 01/01/1986

Adresse : Dan Akaram GH2 Im. App 9 Bouskoura

Tél. : 0662 76 79 64 Total des frais engagés : 737,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/2023

Nom et prénom du malade : AMRAT Khadija Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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) :

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
11/2/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/2/23

237,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

16/2/23

500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

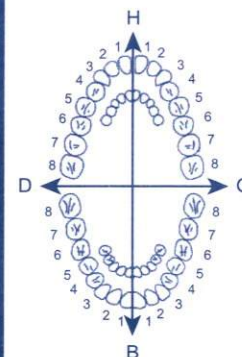
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

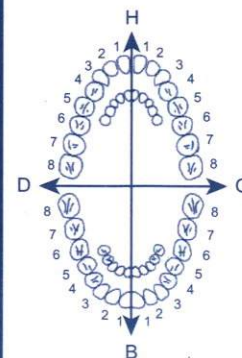
FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

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. Lamia JABRI

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



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

Dr. Amal BENKIRANE

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

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

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

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

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca, Maroc

GSM.: 06 60 30 04 09 / 06 66 24 86 98 - Tél.: 05 22 22 15 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24

E-mail : labocasapath@gmail.com

Dr. Amal BENKIRANE

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



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

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

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

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc
1er étage N° 20360 - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46 / 66 - Fax: 0522 22 14 24
18-05-22 14:24

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 11/07/2023

Casablanca, le

Mademoiselle

KHADIJA

AMRATI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

33.0

SPECTRUM Gttes auriculaires

2 gouttes *2 par jour pdt 15 jours

puis

2 gouttes matinales pendant 1 mois

Pr. CHELLY

Prise de
07.71

LOT: A020481
PER: 07-2025
PPV: 33,00 DH

SPECTRUM 0,3%
Gouttes auriculaires
En Flacon de 5 ml

6 118001 101658

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M1902

190.0

AEROMAX

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pdt

14.0

DOLIPRANE 1 g

1 cp matin et soir pendant 4 jours

et à la demande si douleur sans dépasser 3cp/j

237.0

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 déméchage

Aeromax 100µg/dose
Flacon pulvérisateur

6 118001 10360

LOT: 066S044B
PER: 07/2024

AMM: 149/21/NRQ4/DMP/VHA/18

PPV: 190,00 DH

Lot: 149/21/NRQ4/DMP/VHA/18
Tél: 0522 78 20 21



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

Professeur H. CHELLY



Pr. H. CHELLY

O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès - Brahim Roudani - Casa
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85

ORL

Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص