

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.



Déclaration de Maladie

M23- 028366

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 250 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABSI-FATIMA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0651 98 60 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :
Date de consultation : 20/12/2023
Nom et prénom du malade : ABSI-FATIMA Age : 37
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Est
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
20.12.2023	C514 Ech	4	1000 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/12/23	P 454	300 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

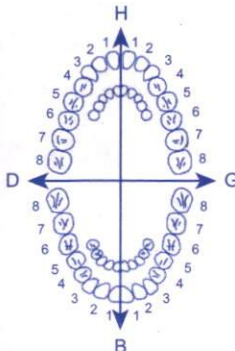
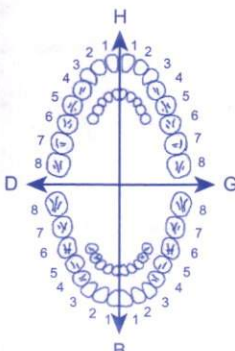
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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





LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : ZASLAN

Nom et prénom : Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age :

Référence : ASSI Fatima

Siège et nature du prélèvement : 77 ans

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels : Polype métrical

Renseignements cliniques et paracliniques : gynécologue

d'aspect régulier - 3cm

→ Biopsie de ce polype

Radiographies :

Date : Signature :

20/12/2017





مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme ABSI FATIMA

Age : 77 ans

Prescripteur : Dr. ZAFRANI YAELE

N° Anapath : 2312210829

Date réception : 21/12/2023

Nature du prélèvement : polype

Renseignements cliniques : polype urétral saignant d'aspect régulier de 3 cm de diamètre. Biopsie de ce polype.

Casablanca, le 27/12/2023

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Reçu un fragment mesurant 0,9 x 0,4 x 0,3 cm, coupé en deux et inclus en totalité, montrant à l'examen microscopique une muqueuse malpighienne polypoïde revêtue d'un épithélium hyperplasique régulier sans atypies et sans dysplasie. Il n'y a pas de dyskératose. Les couches malpighiennes du corps muqueux sont composées de cellules pavimenteuses polyédriques à cytoplasme clair. L'axe conjonctif est fibreux épais parcouru de vaisseaux congestifs à paroi fine. Il s'y associe un infiltrat inflammatoire polymorphe.

CONCLUSION :

- Aspect histopathologique en faveur d'une caroncule urétrale.
- Pas de malignité.

Dr Benkiran Leïla

BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd Aïn Taoujtate N° 18 - 2ème Étage
Bourgogne - Casablanca
Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

F A C T U R E

N° : 2312210829

Du : 21/12/2023

Nom patient : **Mme ABSI FATIMA**

Examens

Cotation(P) Prix Dhs

BIOPSIE DU COL

454

300,00

Total

300,00

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

BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14 Bd Ain Taoujtate N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél 05 22 27 85 48 Fax 05 22 27 85 64

DOCTEUR DINA YAELE ZAFRANI

Gynécologie Médicale et Chirurgicale

- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille en France
- Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy PARIS
- Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon
- Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille
- Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

الدكتورة زفراني يائيل دينا

الطب و جراحة أمراض النساء و التوليد

- خريجة كلية الطب (ليل فرنسا)
- ممارسة سابقة بمعهد جوستاف روسو باريس
- رئيسة سابقة بعيادة المستشفى الجامعي ديجون
- مساعدة سابقة بمركز أوسكار لامبري (ليل)
- مساعدة سابقة بمركز جورج فرانسوا لوكليرك في ديجون

Casablanca, le 20 Décembre 2023

Je soussigné, docteur ZAFRANI Dina Yaelle, chirurgien gynécologue, certifie

avoir examiné ce jour Madame ABSI FATIMA.

Le montant des honoraires perçus à l'issue de la consultation + Echographie + Biopsie de polype
s'élève à 1000 dirhams.

Dr. ZAFRANI Dina Yaelle
Gynécologue Chirurgicale
13 Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)
Bourgogne 20050 - Casablanca
Tél: 0522 430 430
INP : 091 13 86 64

- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille à France
- Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy PARIS
- Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon
- Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille
- Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

- خريجة كلية الطب (ليل فرنسا)
- ممارسة سابقة بمعهد جوستاف روسو باريس
- رئيسة سابقة لعيادة المستشفى الجامعي ديجون
- مساعدة سابقة بمركز أوسكار لامبري (ليل)
- مساعدة سابقة بمركز جورج فرانسوا لوكليرك في ديجون

Casablanca, le 20 Décembre 2023

COMPTE -RENDU D'ECHOGRAPHIE PELVIENNE DE Mme ABSI FATIMA le 20/12/2023
Indication: métrorragies gros polype urethral

- Utérus: - Antéversé, mesurant 45X25 mm
- myomètre: homogène, à contours réguliers
-Endomètre: hypoéchogène, atrophique, mesurant 2mm dans le fond utérin,

Ovaire droit: -mesurant 16X10 mm

Ovaire gauche:-mesurant 17x9 mm

Douglas:
-libre

Conclusion: Echographie gynécologique sans particularité.

