

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.



198 984

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024400

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8198 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOFIR ANAI Date de naissance : 26-01-1967

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/02/2014

Nom et prénom du malade : EL OFIR ANAI Age :

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

Nature de la maladie : survenue gauche

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 : CASA Le : 26/02/2014

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
26/02/24			9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/02/24	P455	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

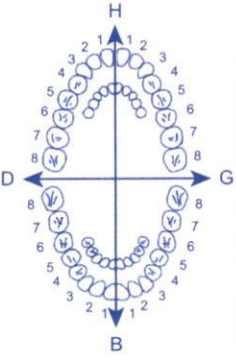
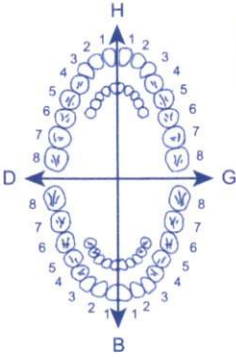
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 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 BADRE

— مختبر التشريح المرضي الدقيق بدر —

Dr Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste

0661.13.05.53

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : Dr KAFI H

Nom et prénom : ELOFIR AMAL Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Enf ☐

Age : 1967

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Adeurane de CONN surrénal
fauché

Radiographies :

LABORATOIRE DE
PATHOLOGIE BADRE
43 Bd. 2 Mars, Etage 1,
Appt. N° 2 - Casablanca
05 22 22 55 29 / 06 68 08 89 86

Date : 26.02.24

Signature :

[Signature]



43, شارع 2 مارس، الطابق الأول، ش.ق.م 2 - الدار البيضاء

43, Bd. 2 Mars, Etage 1, Appt. N° 2 - Casablanca

+212 5 22 22 55 29 +212 6 68 08 89 86 ✉laboratoirebadre2023@gmail.com

FACTURE

REF : FA24001579

Demande 24B2628 - 26/02/2024 (

Médecin traitant PR KAFIH

Patient EL OFIR AMAL - 007261

Date de facturation 28 / 02 / 2024

Liste des examens

A Payer 500,00 Dhs

coefficient-P 455

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

LABORATOIRE DE
PATHOLOGIE BADRE
43, Bd. 2 Mars, Etage 1,
Appt 2 - Casablanca
05 22 22 55 29 / 06 68 08 89 86



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BADRE

— مختبر التشريح المرضي الدقيق بدر —

Dr Latifa BADRE

Anatomocytologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 26/02/2024
Date d'édition : 05/03/2024

Nom Prénom : EL OFIR AMAL
Age / Sexe : 57 ans / F
Médecin traitant : PR KAFIH
Référence : H24B2628

Nature du prélèvement : Pièce.

Renseignements cliniques : Glande surrénale gauche - adénome de Conn.

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné comporte la pièce de résection, pesant 6 g, mesurant 4x2cm. A la coupe, la glande surrénale renferme un nodule central jaunâtre, bien limité mesurant 1,5x1,5cm. Histologiquement, les multiples prélèvements examinés montrent du parenchyme surrénalien, sans particularité histologique avec présence au niveau du nodule bien limité, d'une prolifération de cellules surrénaliennes, médullaires à cytoplasmes abondants oxyphiles et à noyaux petits, réguliers sans atypies ni figures de mitoses. Cette prolifération est encapsulée avec une capsule fibreuse, mince.

CONCLUSION : - Adénome corticosurrénalien (à cellules oxyphiles).
- L'exérèse est complète.
- Absence de signe de malignité.

Signé : Dr. BADRE Latifa

Dr BADRE Latifa
Anatomocytologiste
43, Bd. 2 Mars, Etage 1,
Appt. 2 - Casablanca
05 22 22 55 29 / 05 68 08 89 86

IF : 42045051 - Patente : 34475119 - ICE : 002247565000012 - INPE : 051024588



43, شارع 2 مارس، الطابق الأول، شقة رقم 2 - الدار البيضاء

43, Bd. 2 Mars, Étage 1, Appt. N° 2 - Casablanca

+212 5 22 22 55 29 +212 6 68 08 89 86 ✉laboratoirebadre2023@gmail.com