

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

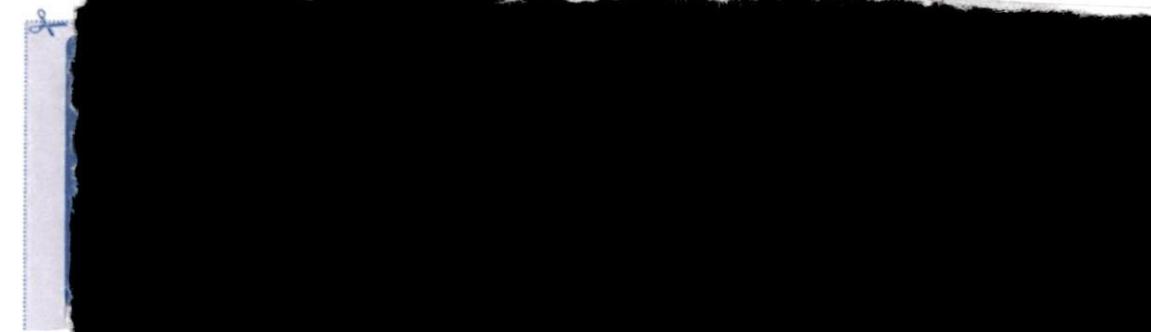


## Déclaration de Maladie

N° W21-693858

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 16.15		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	OUAFAA
Nom & Prénom : KINANI		Date de naissance : 02/02/61	
Adresse : Résidence Nansour. Rue Kadi Bakkas.		Imm : E. 3 <sup>e</sup> étage. App : 2	
Tél. : 06.61.33.69.33		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center;"> <p>Dr. AAF BEN JELLOUN 185 2 Té. 022251860/0522251861 Casablanca</p> </div>			
<p>Date de consultation : 22 MAR 2024</p> <p>Nom et prénom du malade : KIJADI OUAFAA</p>			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
<p>Nature de la maladie : Mastodynie + Sécheresse vaginale</p>			
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			
<p>Fait à : CASA Le : 23/02/24</p>			
<p>Signature de l'adhérent(e) :</p>			

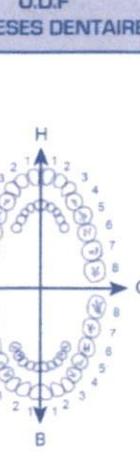


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/04/24	9		3000.00	INP : 100100003/UN Dr AFAAF BEN JEDDOUN OLYMPIQUE 54 322521

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
 <b>Dr. Lamiz</b> Radiologue Pathologiste Centre de Pathologie 6 Rue des Remparts Résidence du Val Tel: 05 22 22 12 12	21/12		 <b>220</b>  <b>041</b>

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Spécimens	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b>	<b>Nature des Soins</b>	<b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></b> <b>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></b> <b>DATE DU DEVIS <input type="text"/></b> <b>DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/></b>																				

RECU LE : 02/03/2024  
EDITE LE : 05/03/2024

NOM & PRENOM : KINANI OUAFAA  
PRESCRIPTEUR : Dr. BENJELLOUN AFAF  
AGE : 63 ans  
Code Patient : 131262  
N/REF : 40302144  
ORGANE : FROTTIS DU COL

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCV

#### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Frottis en milieu liquide selon la technique Prepstain
- Qualité du frottis :  
Très bonne qualité.
- CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA :  
Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.
- Description cytologique :  
Le frottis étudié après cytocentrifugation comporte des cellules malpighiennes basales, parabasales et de rares cellules intermédiaires présentant soit une augmentation générale du noyau sans hyperchromatisme, soit des altérations cellulaires rassemblant des cellules pycnotiques, orangeophiles, des noyaux nus sur un fond granuleux plus ou moins inflammatoire.  
Il n'est pas noté de microorganismes ni de signe de dysplasie.

#### CONCLUSION :

- Frottis cervical atrophique.
- Pas de cellule suspecte de malignité identifiée.

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI  
Anatomopathologiste  
Centre de Pathologie Casapath  
6, rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 05 22 21 34 66 - Fax : 05 22 21 14 24

Dr. Lamia JABRI

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



CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPECIALISEE  
CASABLANCA

CASAPATH

Dr. Amal BENKIRANE

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

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : .....

Nom et prénom du patient : .....

Age : .....

Sexe : .....

Date de prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

RCI de l'hôpital

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 : .....



6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1<sup>er</sup> étage 20360 Casablanca, Maroc  
GSM : 06 60 30 04 09 / 06 66 24 86 98 - Tél. : 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24

E-mail : labocasapath@gmail.com



# 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 : FA24C00083

Date de facturation 02 / 03 / 2024  
Médecin traitant Dr. BENJELLOUN AFAF  
Patient KINANI OUAFAA - 131262  
Demande **C40302144 - 02/03/2024**

### Liste des examens

FROTTIS DU COL

	Total	270,00	Dhs
coefficient-P			245

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS

**Pr. Lamia JABRI**  
Ancienne Directrice de  
Centre de Pathologie-Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux  
Résidence du Parc - Casablanca  
Tél: 05 22 22 13 46/66 - Fax: 05 22 22 14 24  
INPE : 091024679