

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-690046

202000

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 89223 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUGJA LITLA ep CHRAÏBI
 Date de naissance : 08/06/1968
 Adresse : N°37 rue 39 lotissement LAYMOUN HAY HASSANI CASA
 Tél. : 0661188148 Total des frais engagés : 726,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/03/2021
 Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SARA Age : 17
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Vésicule biliaire
 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 : 25/03/24
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-690046

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Analyses
 Matricule : 89223
 Nom de l'adhérent(e) : SARA
 Total des frais engagés : 726,60
 Date de dépôt :

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
15/03/2024		2	Gnat	NP: 0911168534

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/2024	126,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
r. MTS... CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAXILLAIRE 8, Bd. El Anzane Serré Plage - App. 1 Madriff, Casablanca Tél. 05 22 98 64 71 - 05 22 23 81 10	15/03/24	2.54.5	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

M. CHRAÏBI JARA

15,80 / Soliprane 1500

8-11 (SV)

1 gel x 87

110,80
21

1 x n 20

(SV)

1 gel

126,60

PHARMACIE GHAFIRI
 22, Angle Bd Terrains de Sport,
 Rue Abourrouss - Ferme Bretonne
 Casablanca - Tél: 06 22 25 06 45

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA
FACTURATION
 27 rue Jean Jaurès Q. Gauthier 20060
 Casablanca
 Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 400
 INPE: 090002379

DR. MAJED EL BENNA
 ANESTHÉSISTE
 REANIMATEUR
 GSM: 0663 65 97 79

06-62-4063-52

16 أقراص فوارة

دولبيران

بارصيطامول

500 ملغ

الأوجاع و الحمى

من 27 كغ

08.15
030

PPV15DH80
PER 05/26
LOT M1597



PPV:110DH80
EXP 09/2025
LOT 39020 1

DR 20 mg 28 comprimés effervescents



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Siège du prélèvement :

Nature de l'acte réalisé :

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP :

Pour F.CV et Biopsie endométriale à visée hormonale

-Date des dernières règles

-Parité

-Thérapeutique antérieure ou en cours

-Durée du cycle

FCV :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- CBE :

Endomètre

24132103

CHRAIBI SARA

DR. MISSOURY REDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38 Bd Bir Anzarane 5ème Etage Appt 9
Maarif Casablanca
Tél: 0522 98 64 71 / 0522 23 81 10
Fax: 0522 98 74 28

DR. REDA AMINE
Chirurgien
Polyclinique ATLAS
Tél: 0522 27 94 94
INPE

Signature et Cachet



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Date de réception : 21/03/2024

Date de réponse : 26/03/2024

Sexe : F

Âge : 17 ans

N° d'examen : 24132103

Nom et Prénom : CHRAIBI SARA

Médecin traitant : Dr. RADHI AMINE

Nature du prélèvement : Cholécystectomie.

Renseignements cliniques : Cholécystite chronique.

COMPTE RENDU

Vésicule biliaire ouverte, mesurant 5x2cm. A l'ouverture complète, la paroi est souple avec un relief muqueux d'aspect conservé.

Du point de vue histologique, les prélèvements effectués montrent une paroi vésiculaire à revêtement muqueux inégalement développé, aplati par place, ailleurs fait de villosités hautes coalescentes, tapissées par un revêtement épithélial cubo-cylindrique régulier, dépourvu d'atypies cytonucléaires, et émettant de nombreuses invaginations entre les couches musculaires. Le chorion est oedématié, richement vascularisé, et est siège d'un infiltrat inflammatoire chronique d'intensité minime, essentiellement lymphocytaire. Les couches musculaires sont amincies, dissociées par de la fibrose, ponctuées de cellules inflammatoires de type mononuclée et siège d'une hyperplasie vasculo-nerveuse.

CONCLUSION :

- Cholécystite chronique.
- Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY RÉDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage, Appt 9
Maarif - Casablanca
Tel: 0522 98 64 71 - 0622 23 81 10
Fax: 0522 98 74 28



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Casablanca, le 21/03/2024

Nom & Prénom : CHRAIBI SARA

N° d'examen : 24132103

FACTURE N° FA24001635

Nature du prélèvement

Cholécystectomie.

Montant TTC

600,00 Dhs

Coef-P

545

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

Dr. MISSOURY RÉDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage, Appt 9
Maarif - Casablanca
Tel 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax 0522 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760

38,BD BIR ANZARANE 5 EME ETAGE APPT 9 MAARIF CASABLANCA - Tél :05 22 98 64 71