

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



Déclaration de Maladie

N° W21-690046

20200

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 08223	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BOUGJA LETLA ep. CHRAIBI		
Date de naissance : 08/06/1969		
Adresse : N°37 Rue 39 lotissement LAYOUN		
Tél. : 0661188168 Total des frais engagés : 726,60 Dhs		

Autorisation CNDFP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 21/03/2021			
Nom et prénom du malade : CHRAIBI SARA Age : 17			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Névrose 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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **25/03/2021**

VOLET ADHÉRENT	VOLET ADHÉRENT		
	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).		
Matricule : 8923			
Nom de l'adhérent(e) : SARA			
Total des frais engagés : 726,60			
Date de dépôt :			

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
15/03/2024		st	Gnatib.	INP: 0311168534
				Dr. RADHAKRISHNAN Chirurgien Polyclinique 09/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
23 MAZIE 2 Bd Ternier Tous Femmes Tél 05 22 25 25 25	15/03/2024	126,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
r. MIS SOUDRA PEDA ENTRE DE PATHOLOGIE DU MAROC 8. Bd Ibn An Zaydane Sétif El Fage. APP Marrakech Casablanca Tel: 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10	21/03/2014	1.545	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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"/>	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H			
		25533412		21433552	
		00000000		00000000	
		D <input type="text"/> G			
		00000000		00000000	
35533411		11433553			
I					
B					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

Mme CHRAIBI SARA

15,80 : Doliprane 500 mg

sp eff SV

1 gell x 87.

110,80 POLYCLINIQUE ATLAS

21 1x n 20

SV

1 gell x

126,60

PHARMACIE GHAFIRI
 22, Angle Bd Terrains de Sport,
 Rue Abourrouse Ferme Bretonne
 Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

Dr. MAJED EL BENNY
 ANESTHÉSISTE
 RÉANIMATEUR
 GSM: 0663 05 97 79

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA
 FACTURATION
 27 rue Jean Jaurès Q. Gauthier 20060
 Casablanca
 Tel. +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 006
 INPE: 090002379

06-62-40-63-52

جافا فارما

دوالبران

الجمالي

500 مل.

جافا فارما

CB 15,80

P P V 1 5 D 1 8 0
P E R 0 5 / 2 6
T O L M 1 5 9 7

R 20 mg 28 comprimés effervescents
PPV110D80 EXP 09/2025
LOT 39020 1



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY
Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr :

Dr Amine Rachid

Nom et prénom du patient :

CHRAIBI SARA

Age :

2007

Date de prélèvement :

15/03/2004

24132103

Renseignements cliniques et paracliniques :

Ellyeb

CHRAIBI SARA

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

Dr. MISSOURY RÉDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38 Bd Bir Anzarane - 3ème étage - Casablanca - Tél : 0522 38 64 71 / 0522 23 81 10
Fax : 0522 23 81 10

Dr. AMINE
Chirurgien
Polyclinique ATLAS
Tél : 0522 27 64 94
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 épithelial 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 mononucléée 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 Sérme Etage, Appt 9
Maârif - Casablanca
Tel. 05 22 28 64 71 / 06 22 23 81 10
Fax: 05 22 98 71 38



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

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 - 0622 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