

# 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.

## Biologie 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

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° P19- 067332

ND= 29991

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1269 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jora AL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0700 75 05 47 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mr ELASSI Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067332

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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.

## Diagnostique 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

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° P19- 0041193

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01269 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JOVA Ali  
Date de naissance : le 01/08/1951  
Adresse : Rue 16 n° 11 lot Hamara Califorme Casablanca  
Tél. : 0700750547 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 16/3/2020  
Nom et prénom du malade : EL ALI Ahmed et Jova Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique  
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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 041193

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 :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
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
16/03/2020			250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur Date Montant de la Facture

16/03/2020 265,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

14/03/20 297,00

300,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

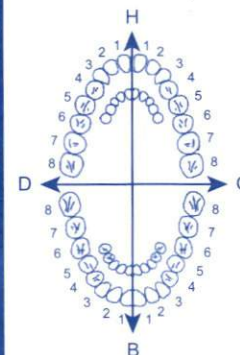
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

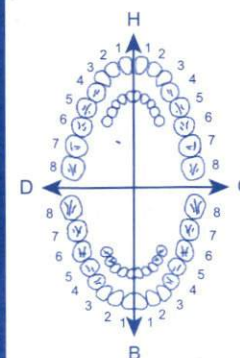
H 25533412 21433552  
D 00000000 00000000  
G 00000000 00000000  
B 35533411 11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# VOLET ADHERENT

coms Prestash 16/03/2020

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

coms 250  
modis 265,00

provis 300

**Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI**  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan  
**GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE**  
**ECHOGRAPHIE**

4, Place Maréchal  
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24  
(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي  
خريجة كلية الطب بمونبوليه  
داخلية قديمة بمستشفيات برينيان  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال  
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24  
( بالموعد )

Le : 16/3/20 -

Dr. DUVIGEANT MESTASSI et Joug

26/100

Ciclo viral 800 mg  
14/15



LOT 197021  
EXP 06/22  
PPV 2650H00  
800 mg

26/100

**PHARMACIE ZOUHAIR**  
Piste 1032 Rue 10, N° 39 Bis  
Hay Lakmal - Ain Chock  
Casablanca - Tél.: 0522 50 60 20

Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI  
4, Place Maréchal - Casablanca  
Tél.: 0522 27 69 05 / 0522 27 75 50  
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE



**Dr. Danièle DUVIGEANT MESTASSI**  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan  
**GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE**  
**ECHOGRAPHIE**

4, Place Maréchal  
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

( Sur Rendez - Vous )

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي  
خريجة كلية الطب بمونبوليه  
داخلية قديمة بمستشفيات برينيان  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال  
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

( بالموعد )

Le : 16/3/2020

Rogez la femme de deux cent  
cinquante duhears par G de  
H/z EL ASRI Aume et Jova

Dr. Danièle DUVIGEANT  
MESTASSI  
GYNECOLOGUES - ACCOUCHEUR  
4, Place Maréchal - Casablanca  
Tél : 05 22 27 75 50 / 05 22 27 69 05



# HISTOLABO

**Dr. Najia BENNANI**  
Laboratoire d'Anatomie  
et de Cytologie Pathologiques

# إستولابو

الدكتورة بناني نجية  
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca le : **16/03/2020**

**FACTURE N° 20/0772**

**Nom et Prénom** : EL ASRI AMINA EP JOUA

**Organe(s)** : FCV,

**Cotation** : P 272

**Montant ( Dh )** : 300,00

200,00 Dh ESPÈCES

100,00 Dh ESPÈCES

**HISTOLABO**  
132 Avenue HASSAN II  
Casablanca 20070  
Tél : 0522 223 044

132, شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 30 44 - الفاكس : 05 22 20 21 24

132, Avenue Hassan II - Casablanca - Tél. : 05 22 22 30 44 - Fax : 05 22 20 21 24

E-mail : histolabo@live.fr - T.P. : 35502694 - I.F. : 705802 - I.C.E. : 001611682000047

**Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan

**GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE**  
**ECHOGRAPHIE**

4, Place Maréchal  
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24  
(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي  
خريجة كلية الطب بمونبولىيه  
داخلية قديمة بمستشفيات بريبيان  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال  
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

( بالموعـد )

Le : 16-3-2020

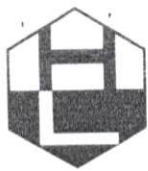
Dr AS Ri Anne et Jova

fruits du col

1961

**HISTOLABO**  
132 Avenue HASSAN II  
Casablanca 20070  
Tél : 0522 223 044

Dr. Daniele DUVIGEANT  
MESTASSI  
GYNECOLOGIE - ACCOUCHEUR  
4, Place Maréchal - Casablanca  
Tél : 0522 27 75 50 / 0522 27 69 05



# HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI  
Laboratoire d'Anatomie  
et de Cytologie Pathologiques

# إستولابو

الدكتورة بناني نجية  
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca, le 17 Mars 2020

Dr : Danièle MESTASSI

Mme: EL ASRI AMINA EP JOUA

Age : 58 ans

Prélèvement parvenu au laboratoire le : 16/03/2020

Organe : F. Cervical (Frottis de dépistage. Cf. : 193235 : muqueuse atrophique et modérément inflammatoire. Pas de cellules suspectes)

## COMPTE-RENDU CYTOPATHOLOGIQUE

Réf. : 203150

### FROTTIS EN COUCHE MINCE

Etallement de richesse cellulaire modérée

Le fond comporte une faible proportion de polynucléaires neutrophiles.

La cellularité est de type atrophique composée de cellules parabasales externes montrant des anomalies dégénératives mineures en rapport avec l'atrophie à type de dysacidophilie ou de vacuolisation cytoplasmique. Les noyaux sont soit à chromatine fine soit pycnotiques ou doubles.

Quelques placards de cellules étirées, compatibles avec des cellules endocervicales, sont repérés ça et là.

CONCLUSION : MUQUEUSE ATROPHIQUE ET DISCRETEMENT INFLAMMATOIRE.

Pas de cellules suspectes.

HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI  
132, Av. Hassan II - Casablanca  
Tél : 05 22 22 30 44