

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-535281

ND: 360114

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6019

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RASSID SAID

Date de naissance :

16/08/1965

Adresse :

SL9 Lot Haj Fath oufia

Tél. :

066 1 566 363

Total des frais engagés :

500,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Mr Med Taoufiq LALAMI  
Chirurgien Généraliste  
167, Boulevard Abderrahmane  
Résidence Al Yamam-RBC  
Casablanca - Tel: 05 22 20 45 45  
P.S.P. 05 22 22 78 18

Date de consultation :

18/07/2020

Nom et prénom du malade :

Abou Said

EMANE Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Nesrine le

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
26/07/2020	CSAT	Gratuit		INP : 061166157 Residence Azzablanca INP : 061166157

## **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	Laboratoire d'Analyses Médicales Aha Chouaib Doukkall Hay Montant des Honoraires
	20-07-20	B <sub>2150</sub>	100,000 Dh 20 JUIL. 2020
			439, Bd Aha Chouaib Doukkall Hay El Farah - CASABLANCA

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

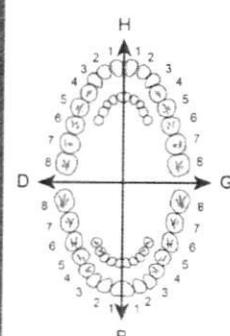
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

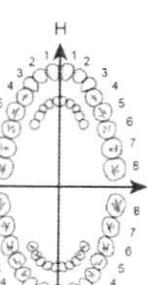
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



(Création, remont, adjonction)

<p style="text-align: center;"><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY  
Anatomocytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr : LALAMI

Nom et prénom du patient : ABOU SAID Femme

Age : 34 ans

Date de prélèvement : 18/07/20

Renseignements cliniques et paracliniques :

Cholecystectomie fibroaspirant

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

Signature et Cachet

Dr Med Taoufik LALAMI  
Chirurgien Gynécologue  
167 Boulevard Abdellatif  
Residence Al Yamama - RDC  
Casablanca - Tel: 05 22 29 47 86  
NP: 091166157

**LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE ABA CHOUAIB DOUKKALI**  
**439, BD Aba Chouaib Doukkali Hay El Farah - Idrissia 20552 Casablanca**  
**Tél : 0522.82.32.82/83 Fax : 0522.82.32.83 GSM : 06.61.48.86.67**  
**E-mail : laboratoire.abachouaib@gmail.com**  
**I.F : 40257328 - T.P : 33690273 - N° CNSS : 8078265 - I.C.E : 00171806600043 - I.N.P.E : 09360457**

Assuré
Matricule
Bénéficiaire
Prise en charge N°

**ABOUSAID IMANE**

Prescripteur:

**FACTURE N° 50561**      Facturé le : **20/07/2020**

**Analyses :**

BIOPSIE

B 450

Total analyses :

500,00 Dh

**Prélèvements :**

Total Prélèvements :

0,00 Dh

Total <>B>>      450      Soit un montant total :      500,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS





# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.47.55.73 - E-mail: labocasa2@gmail.com - ICE : 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Academie Internationale de Pathologie

## LABORATOIRE A.CHOUAÏB DOUKKALI

Pour  
**Mme ABOUSAID IMANE**  
91305

**Prescripteur** : DR LALAMI  
**Age** : 37 ANS  
**Référence** : 4SJK3M  
**Parvenu** : Le 20/07/2020  
**Répondu** : Le 25/07/2020  
**Organe** : VESICULE BILIAIRE.  
Cholécystite lithiasique :  
Cholécystectomie.

### **- COMPTE-RENDU HISTO-PATHOLOGIQUE -**

\*\*\*\*\*

Pièce de cholécystectomie pesant 20 gr et mesurant 8 cm de long reçue ouverte et dépourvue de calculs.

Histologiquement, la lumière du corps vésiculaire est bordée par une muqueuse dont les villosités sont tantôt abrasées tantôt congestives et oedématueuses, discrètement inflammatoire ou parfois tapissées par un enduit fibrino-leucocytaire. Les plans musculaires épais sont dissociés par un infiltrat inflammatoire polymorphe à prédominance lympho-plasmocytaire . La séreuse est fine et congestive.

### **CONCLUSION: VESICULE BILIAIRE -----(Cholécystectomie):**

- Cholécystite sub-aiguë érosive;
- Absence de malignité dans ce matériel.

Très confraternellement,  
**DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.**

