

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01204

Société : RA07

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DATHIER NURREDIX

18/07/49

Date de naissance :

Adresse :

0661664885

Total des frais engagés : 602,02

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور نور الدين الرادي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien  
Clinique Atlas - Casa  
INPE : 091117671

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'atter 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 : CASABLANCA

Le : 25/10/2010

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10017000	BS		Gratuit	Docteur J. L. Chirurgien Clinique A NPE : 0001123456

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>SOURI Pédiatrique</b> CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAROC 33, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appart. 9 Maroc - Casablanca Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10 Fax : 0522 98 74 28	12/09/02	155	GARY

## AUXILIAIRES MEDICAUX

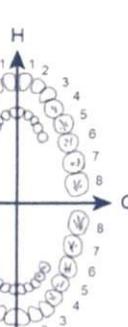
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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'E



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr : RADHI

Nom et prénom du patient : BENJELLOUN Bachir

Age : 1955

Date de prélèvement : 11.08.2020

Renseignements cliniques et paracliniques :

Abystato

Siège du prélèvement :

Nature de l'acte réalisé :

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec référence : Dr. MISSOURY Réda

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

Biopsie antérieure : Oui

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

Docteur N. RADHI

Chirurgien Urologiste

Clinique Atlas Casablanca

Télé : 091111612



# 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 12/08/2020

Nom & Prénom : BENJELLOUN BOUCHRA

N° d'examen : 20131208

## FACTURE N° FA20002988

### Nature du prélèvement

### Montant TTC

Cholécystectomie.

600,00 Dhs

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  
Maârif - Casablanca  
Tél : 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، شارع بن ران، الطابق الخامس الشقة 9 المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 81 10 / 05 22 98 64 71 : الفاكس: 05 22 98 74 28  
38, Bd Bir Anzarane ( Angle rue Morvan ) – 5ème étage Appt 9 Maârif – Casablanca Tél. : 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

**Anatomopathologiste**

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

Date de réception : 12/08/2020

N° d'examen : 20131208

Date de réponse : 18/08/2020

Nom et Prénom : Mme BENJELLOUN

Sexe : F

BOUCHRA

Age : 65 ans

Médecin traitant : Dr. RADHI

**Nature du prélèvement :** Cholécystectomie.

**Renseignements cliniques :** Cholécystectomie.

## **COMPTE RENDU**

Vésicule biliaire parvenue ouverte mesurant 7x2cm. La paroi est souple fine et le relief muqueux d'aspect fraise.

Du point de vue histologique, les prélèvements effectués (collet, corps et fond) montrent une paroi vésiculaire à revêtement muqueux fait de villosités hautes coalescentes, tapissées par un revêtement épithéial cubo-cylindrique régulier, dépourvu d'atypies cytonucléaires, et émettant de nombreuses invaginations entre les couches musculaires. Le chorion est richement vascularisé, et est siège d'un infiltrat inflammatoire chronique essentiellement lympho-plasmocytaire, d'intensité minime. Les couches musculaires sont amincies, dissociées par de la fibrose et siège d'une hyperplasie vasculo-nerveuse. Absence de signes de malignité.

**CONCLUSION :**

- Cholécystite chronique lithiasique.
- 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  
Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10  
Fax : 0522 98 74 28