

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.

N° W19-419476

50389

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>9376</u>	Société : <u>RAT</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>R.AIS Abdellaziz</u>			
Date de naissance : <u>14/11/68</u>			
Adresse : _____			
Tél. : _____	Total des frais engagés : <u>500,00</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	Age :
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
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.	



MUPRAS
08 DEC. 2020
ACCUEIL

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 : 08/12/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

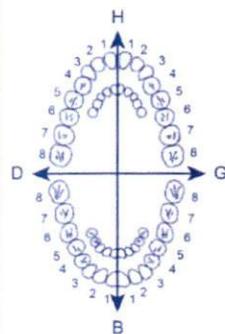
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc 1er Etage - Casablanca 05 22 22 12 40 / 06 - Fax : 05 22 22 14 24	20/11/2012	1000 Dhs	

AUXILIAIRES MEDICAUX

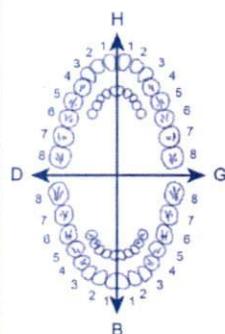
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : *Dr. SE
Lamia JABRI
05/05/2012 20:09:02* *CHANIA Amina*

Age : *1975* Sexe :

Date de prélèvement : *24/11/2016*

Renseignements cliniques et paracliniques :

*Fibrome utérin type 2-3
extrêmement dense*
⇒ Myomectomie par hystéroskopie
⇒ Copeaux de résection

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin

Date des dernières règles :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Parité : *3*

Signature & Cachet



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE

REF : 20/7769

Casablanca, le 01/12/2020

Date de facturation 24 / 11 / 2020
Médecin traitant Dr. SENHAJI WASSYM
Patient CHRAIBI NAWAL - 068216
Demande **H01124499 - 24/11/2020**

Liste des examens

MYOMECTOMIE

A Payer	500,00	Dhs
coefficient-P	455	

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux Résidence du Parc
Casablanca
Tel : 05 22 22 13 46/66 - Fax : 05 22 22 14 24

Dr.Amal BENKIRANE
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



RECU LE : 24/11/2020
EDITE LE : 26/11/2020

NOM & PRENOM : CHRAIBI NAWAL
PRESCRIPTEUR : Dr. SENHAJI WASSYM
AGE : 45 ans
Code Patient : 068216
N/REF : 01124499
ORGANE : MYOME

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Fibrome utérin type 2-3 entraînant ménorragies : myomectomie per hystéroskopique. Copeaux de résection.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Copeaux de résection pesant 5 grammes sont inclus en totalité. Histologiquement, il s'agit d'une prolifération fusocellulaire fasciculée nodulaire. Les cellules correspondent à des cellules musculaires lisses, à noyau allongé à chromatine fine sans nucléole ni mitose anormale. L'interstitium est fibreux et congestif, présente des foyers d'hyalinisation. Un liseré endométrial de type sécrétoire est noté sur quelques fragments.

CONCLUSION :

- Léiomyome utérin.
- Absence de signes de malignité.

ENTRE DE PATHOLOGIE
Spécialisée "Casablanca"
6, Rue des Hôpitaux Résidence
du Parc 1^{er} étage N° 1 - Casablanca
Tél.: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE
Anatomo-Pathologiste
Centre de Pathologie Casapath
6, Rue des Hôpitaux n°6, du Parc
- Casablanca -
Tél.: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24