

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothèse 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° P19-0027104

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12530 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUINNESS ILHAM

Date de naissance : 01/12/1984

Adresse : Residence EDEN TAMARIS IM 3 App C3

DAR BOU AZZA

Tél. : 06.79.43.25.34 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : ACCUEIL

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : OUINNESS ILHAM Age :

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

Nature de la maladie : retrait de stérilet

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 : Casablanca Le : 07/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25.11.2020	CS		500,00 DH	

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

Montant des Honoraires

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 :

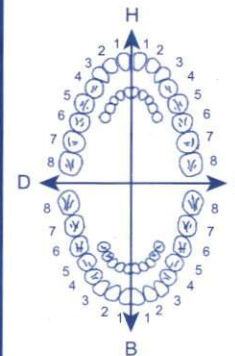
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : QUINNESS ILHAM Mr ☐ Mme ☒ Mlle ☐ ENF ☐

Age : 1984

Référence : ol

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : 31/10/2020

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

.....

.....

.....

Radiographies :

.....

Date : 25/11/2020 Signature :

[Handwritten signature]

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd Aïn Taoujtate - 2^e étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 85 48 - Fax : 05 22 27 85 64



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme OUINESS ILHAM

Age : 36 ans

Prescripteur : Dr. HAMOUMI LILIA

N° Anapath : 2011251455

Date réception : 25/11/2020

Nature du prélèvement : polype

Renseignements cliniques : col. DDR : 31/10/2020. Polype accouché par le col.

Casablanca, le 28/11/2020

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Macroscopie :

Reçu une formation polypoïde mesurant 1 x 0,5 cm de grands axes, incluse en totalité dans un seul bloc.

Microscopie :

L'aspect histologique est celui d'un **polype muqueux endocervical** dont la surface est hérissée de végétations épithélio-conjonctives globuleuses.

Ces végétations sont tapissées par un épithélium cylindrique, muco-sécrétant, et reposent sur un axe mésenchymateux dans lequel se dispersent de rares glandes désorganisées.

Il s'y associe, dans l'axe du polype, la présence de vaisseaux à paroi épaissie, organisés en bouquet.

CONCLUSION :

Polype muqueux simple de l'endocol.

Dr Benkiran Leïla

Signature
Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd Aïn Taoujtate - 2^e étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 85 48 - Fax : 05 22 27 85 64

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

F A C T U R E

N° : 2011251455

Du : 25/11/2020

Nom patient : Mme OUINESS ILHAM

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
POLYPE	450	500,00
Total		500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd. Ain Taoujtate N° 18 - 2ème étage
Bourgogne - Casablanca
Tél. 05 22 27 85 48 Fax 05 22 27 85 64