

# 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

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- 0045308

ND= 17267

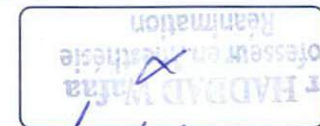
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2689 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : AGGAGARI OUALA  
Date de naissance : 18/12/1956  
Adresse : N° 85 RUE B7 AZHARIZ OUALA  
CASA  
Tél. : 0665093703 Total des frais engagés : 9300 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/19

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : CPA

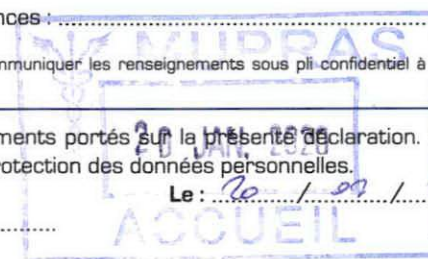
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 16/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :





# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31/12/19        |                   | 1/2                   | 300 DM + 100 DM                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 25/12/15 | histo                        | 300 DM                 |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

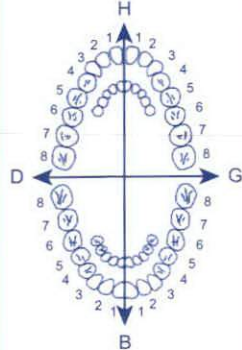
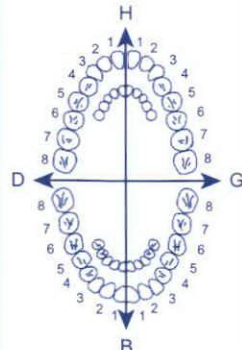
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# 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 l'

| 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D ————— G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>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

**Dr. Amal BENKIRANE**

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



**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA**

**CASAPATH**

**Dr. Lamia JABRI**

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

**DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE**

De la part du Dr. *p. Beydler*

Nom et prénom du patient :

*AMMARI OMAR*

Age :

*19.56*

Sexe :

*M*

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

*Hépatite chronique majeure*  
*Léishmaniose*

*neoplasme*

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure :

☐ Oui

☐ Non

Réf :

FCV :

☐ Vagin

☐ Exocol :

☐ Endocol :

Date des dernières règles :

Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature : *Professeur Saad BACHOU*  
Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
Zemzem - Résidence les Fleurs  
59, Bd. Lyautey - Tél. : 05 22 22 13 46 / 66



## 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 N° 19/8734

Casablanca, le : 30/12/2019  
Analyses effectuées le : 25/12/2019  
Pour : AMMARI OMAR  
Sur prescription du : DR BENJELLOUN  
Référence : **91225015**

#### Analyse effectuée

Histologie


REIN

#### Cotation :

Montant Net : 900,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de  
Neuf cents Dirhams**

Signé :

  
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc  
1er étage 20360 - Casablanca  
Tel: 05 22 22 13 46/66 - Fax: 05 22 22 14 24

**CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA**

**CASABLANCA**

## **Reçu de caisse**

**N° : 191213142211CH / .**

| <b>Numéro<br/>admission</b> | <b>Nom du patient</b> | <b>Date<br/>encaissement</b> |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| <b>19A03983</b>             | <b>AMMARI OMAR</b>    | <b>13/12/2019</b>            |

| <b>Mode<br/>paiement</b> | <b>Références du paiement</b> | <b>Montant<br/>Dhs</b> |
|--------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <b>Espèce</b>            |                               | <b>400,00</b>          |
|                          | <b>Total payé</b>             | <b>400,00</b>          |



ZENKIRANE

Anatomie Pathologique  
Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca



CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA

**CASAPATH**

Dr. Lámia JABRI

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

RECU LE : 25/12/2019

EDITE LE : 29/12/2019

NOM & PRENOM : AMMARI OMAR  
PRESCRIPTEUR : DR BENJELLOUN  
AGE : 63 ans  
Code Patient : 055494  
N/REF : 91225015  
ORGANE : REIN

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Hydronéphrose majeure lithiasique. Néphrectomie.

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

La pièce d'exérèse parvenue correspond à une **néphrectomie déformée bosselée** pesant 195 grammes et mesurant 11x6,5x4,4 cm. L'uretère mesurant 1,5 cm de long et 0,6 cm de diamètre. A l'ouverture, présence d'une dilatation pyélocalicielle diffuse et un kyste sous cortical d'allure simple de 2,5 cm de grand axe. Le cortex est réduit à un fin liseré mesurant entre 0,5 cm. Pas de calcul.

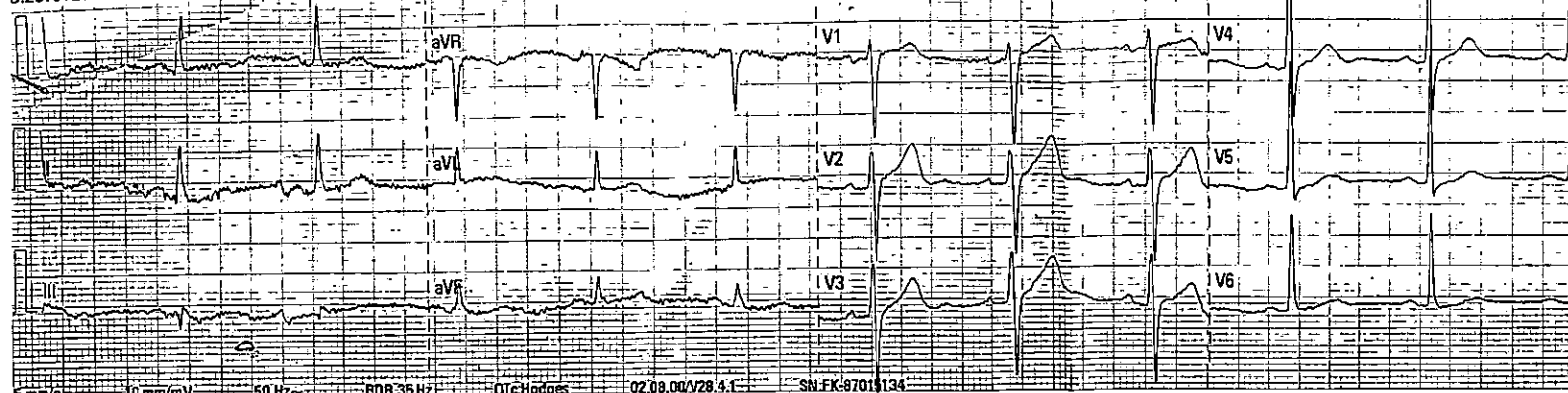
A l'examen histologique, le parenchyme rénal est largement dissocié par une fibrose dense modérément inflammatoire, hébergeant des lymphocytes, des plasmocytes et quelques polynucléaires neutrophiles. Les tubes sont pour la plupart, atrophiques, à revêtement aplati et à vitrée épaissie irrégulière. Les glomérules sont souvent ischémiques avec la présence de rares pains à cacheter. La paroi du bassinet présente un revêtement urothélial légèrement dystrophique ou ulcéré en regard d'un chorion fibreux et inflammatoire.

### CONCLUSION

- Lésions de pyélonéphrite chronique en poussée aiguë ulcérée.
- Absence de spécificité ou de malignité.

Signé : Dr. Lámia JABRI

Dr. Lámia JABRI  
Professeur d'Anatomie Pathologique  
Centre de Pathologie Spécialisée  
Rue des Hôpitaux Rés. du Parc - 20360 Casablanca, Maroc



|                     |                        |          |
|---------------------|------------------------|----------|
| ID:2019121321062686 | Fréq. Ventricule (bpm) | 67       |
| Nom:                | Intervalle PR (ms)     | 158      |
| 2019-12-13 21:06:16 | Durée QRS (ms)         | 96       |
|                     | Interv. QT/QTc (ms)    | 398/410  |
|                     | Axes P/QRS/T (deg)     | 56/29/45 |

Rythme sinusal  
Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient  
ECG normal Diagnostic non confirmé

