

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.

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.

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- 063728

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4636 Société : R.A.M. 56728

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROULOUZ FATIMA

Date de naissance : 14/10/55

Adresse : 273 Boulevard Bâ Angerene RES. RIBT

Tél. : 0661210576 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/2021

Nom et prénom du malade : Rouloz Fatima

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

Nature de la maladie : Épaississement

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 : 14/01/2021

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
14/01/21	C	01	grat	Dr. EL HAOUAN Mohamed Gynéco. Obstétricien 13, Rue Neuchâteau Tél: 26-07-65 / 26-10-14

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
Dr. ALAOU BOUHAMID Abdelhafid 310 Rue Omar Riffi - Casablanca Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30 GSM: 06 61 32 20 05	14/01/21	2454	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

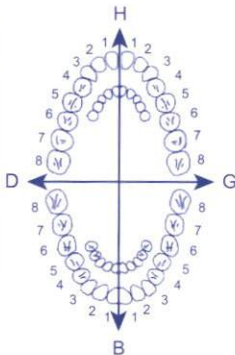
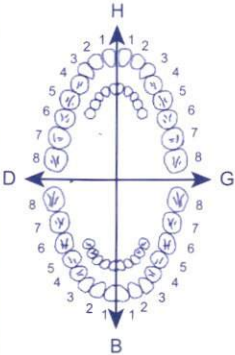
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. EL HAOUATI
Nom et Prénom du Patient M^{re} BOULOUZ FATHA
Age 1956
Date du prélèvement 14-1-2021
Référence
Renseignements cliniques et paracliniques Echo gyné 2 Examen
Echographie médiane
Siège du prélèvement Cerveau biopsie
Nature de l'acte réalisé ex. de l'ovaire
Thérapeutique préalablement instituée
Actes chirurgicaux antérieurs avec références
Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐
Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. 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 ☐

Dr. EL HAOUATI Mohamed
Gynéco. Obstétricien
13, Rue Neufchâteau
Signature et Cachet
Tél: 05 22 44 51 00 / Fax: 05 22 44 52 30
GSM: 06 61 52 20 02



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 14/01/2021

Facture N° 200479234
ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs
sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant
à la somme de: 500,00 DH

CINQ CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 14/01/2021

Pour MME BOULOUIZ FATIHA

Sur ordonnance du DR: EL HAOUATI

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 19/01/2021

Nom et prénom: MME BOULOUIZ FATIHA
Sur ordonnance du Dr: EL HAOUATI
N° d'anapath: 182AHB0121

Parvenu au laboratoire le 14/01/2021

Organe ou siège du prélèvement: Endomètre

Renseignements cliniques: Age: 64 ans
Echographie : Epaissement

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Nature du prélèvement : Curetage biopsique de l'endomètre

Nombre de fragments : Nombreux petits fragments mesurant en tas 2 cm

Inclusion totale

Coupes microscopiques

1- Endomètre

- Epithélium de surface : Cylindrique multi-stratifié sans anomalie cytonucléaire
- Glandes : Nombreuses, de taille variable, également bordées d'un épithélium cylindrique multi-stratifié sans signe d'atypie
- Chorion : Fibroblastique, traversé de vaisseaux à paroi étoffée
Mitoses rares

2- Polype : Foyer polypoïde centré par un pédicule de vaisseaux à paroi épaissie, renfermant les glandes sus décrites

Conclusion : Hyperplasie simple de l'endomètre et polype glandulaire hyperplasique

Absence de signe d'atypie
Pas de malignité

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02