

## 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

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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-614824



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12.09			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Veuf(e) (61-063)
Nom & Prénom : DERKAOUI MALIKA			
Date de naissance : 07/07/65			
Adresse : Lot S'mara Rue 13 n° 35 Oujda Casa			
Tél. : 06.71.26.10.04 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>Pr Mostafa DEBSOUI</i> <i>Otorkino - Laryngologie</i> <i>120, Bd Moulay Ismaïl</i>			
Date de consultation : 27/10/21			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Parotidite opéra</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>infection</i>			
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.			

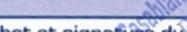
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

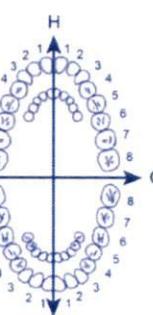
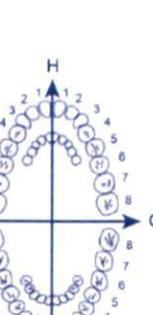
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/10/2021

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
21/02/18	C3		6€	pr. Mostafa DIB SOULI Oterkino - Larache 120, Bd Moulay Ismaïl 057057

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/02/2021	100%	900,00 €

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				Coefficient des travaux																			
				Montants des soins																			
				Début d'exécution																			
				Fin d'exécution																			
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																			
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B		
				H	25533412	21433552																	
				00000000		00000000																	
				D	00000000	00000000																	
35533411		11433553																					
B																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
Montants des soins Date du devis Date de l'exécution																							
Visa et cachet du praticien attestant le devis Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																							

Dr. Amal BENKIRANE

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

Nom et prénom du patient :

Mme DERKAOUI MALIKA

Né le : 07/07/1965



Age : 19 G

Sexe : F

L

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

(étude externe) Nodule parotidien droit

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 à Casablanca

Pr Mostafa DETSOULI  
Otorhinolaryngologie  
120, Bd Moulay Ismaïl 1er  
Casablanca - Tel: 05 22 95 21 11



# 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 : 21/1452

Casablanca, le 23/02/2021

Date de facturation 23 / 02 / 2021  
Médecin traitant PR DETSOULI  
Patient DERKAOUI MALIKA - 071556  
Demande **E10211757 - 11/02/2021**

### Liste des examens

EXTEMPORANEE

A Payer	900,00	Dhs
coefficient-P	818	

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

*[Signature]*  
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc  
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24

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

NOM & PRENOM : DERKAOUI MALIKA

PRESCRIPTEUR : PR DETSOULI

AGE : 56 ans

Code Patient : 071556

N/REF : 10211757

ORGANE : PAROTIDE

RECU LE : 11/02/2021  
EDITE LE : 16/02/2021

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(Etude extempo) Nodule parotidien droit.

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

#### EXAMEN EXTEMPORANE :

Reçu pour examen extemporané quatre fragments biopsiques mesurant entre 0,3x0,2x0,2cm et 1x0,5x0,3cm.

L'examen de la coupe congélée montre un tissu salivaire parotidien régulier avec un foyer fibreux hyalinisé et un ganglion réactionnel sans granulomes tuberculoïdes et sans nécrose. Il n'est pas vu de prolifération tumorale.

*Il a été répondu par téléphone : Fibrose hyalinisée, tissu salivaire sans normale et un ganglion réactionnel.*

#### EXAMEN APRES INCLUSION EN PARAFFINE :

L'examen après inclusion de la totalité des fragments confirme les données de l'examen extemporané. Il s'agit d'un tissu salivaire parotidien fait d'acini régulier avec la présence d'un foyer fibreux collagénisé et hyalinisé peu cellulaire et un ganglion réactionnel sans granulome ni malignité.

### CONCLUSION

- Fibrose hyaline du tissu parotidien par ailleurs normal. Adénite réactionnelle non spécifique.
- Absence de malignité.

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI  
Anatomo-Pathologique  
Centre de Pathologie Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24