

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-532515

65716 M. A. présent

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : DAM.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADDIQI Nouredine

Date de naissance : 8.4.52.

Adresse : H. Gantara Atlas 1/2

Tél. : 0661376184

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/03/2021

Nom et prénom du malade : 2121 Rame

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

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-532515

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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.

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
25/03/2011				INP : 09109218701

Professeur à l'École
ORL - Chirurgie du Cou
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Rongement
Exploration des Vertiges et de la Surdité
Allergologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie du Louvre
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05
pharmacierylouvre@gmail.com

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

25/03/11 22272 2500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

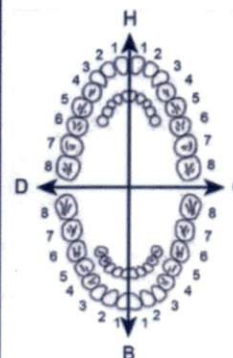
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : 09109218701



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 G
35533411 11433553
B

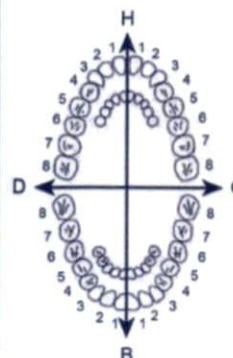
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CLINIQUE
DU VAL D'ANFA

مصحة
فال أنفا

PHARMACIE DU LOUVRE
صيدلية لوفر
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05
pharmaciedulouvre@gmail.com

Casablanca, le 26 3 2021

Mme Lizi Sanaa

M. Ofikou 200

1 p 2 f 1 j x 8

M. Probiotis

1 p 2 cap 1 j

1 p 2 cap 1 j
2020. 1 p 14

LOT: 200375
DLUO: 11/2022
69.00DH

53,40

x 10

Dr. Z. N. LARAQUI
Professeur Agrégé
O.R.L. Chirurgie Maxillo faciale Allergologie
Esthétique - Face
19, Bd Bir Anzarane - Casablanca

Ofiken®

Céfixime

200 mg



16

Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 203157 1

EXP 12 22

PPV 170.00 DH

--	--	--	--	--	--

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سو طبيعا
sothema



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 02/04/2021

Nom et prénom: MME ZIZI SANAA
Sur ordonnance du Pr: LARAQUI
N° d'anapath: 459AHB0321

Parvenu au laboratoire le 25/03/2021

Organe ou siège du prélèvement: Thyroïde, ganglions

Renseignements cliniques: Age: ans

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Thyroïde

Type d'intervention : Thyroïdectomie totale

Poids : 20 grammes

Dimensions : Lobe droit = 5 x 3 x 2 cm

Isthme = 3 x 2 x 1 cm

Lobe gauche = 5 x 2 x 1,5 cm

Tranches de section :

Lobe droit = Nodule colloïde, à capsule fine de 1 cm

Isthme et lobe gauche = Hypertrophie diffuse

Examen extemporané : Goitre simple nodulaire

Examen après inclusion en paraffine : Confirmation du diagnostic

Coupes microscopiques

1- Nodule : Hyperplasie de vésicules de taille variable, normales

Interstitium = septa conjonctivo-capillaires grêles

2- Reste du parenchyme thyroïdien : Hyperplasie diffuse

Conclusion : Goitre simple dystrophique diffus et nodulaire

Pas de malignité

Cou

Type d'intervention : Curage ganglionnaire sus claviculaire et sous digastrique gauche

Nombre de ganglions : 2

Dimensions : 1 cm et 2 cm de grand axe

Tranches de section : Tissu blanc-grisâtre, sans remaniement notable

Inclusion totale

Coupes microscopiques :

- Architecture folliculaire focalement conservée

- Follicules de taille variable, hyperplasiques, régulièrement entourés d'une couronne lymphocytaire mature

- Espaces interfolliculaires hyperplasiques, sans anomalie cytonucléaire traversés de vaisseaux à paroi endothéliale turgescence

- Capsule ganglionnaire fibreuse continue

Conclusion : Lymphadénopathie hyperplasique diffuse et folliculaire (Vu le contexte, une immuno-histochimie de confirmation est en cours ; elle sera sanctionnée par un compte rendu complémentaire)

Absence de signe de tuberculose

Absence de signe de métastase

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
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: 25/03/2021

Facture N° 200480479
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: 2 500,00 DH

DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 25/03/2021

Pour MME ZIZI SANAA

Sur ordonnance du DR: LARAQUI

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