

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.

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° M21- 0006830

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7536 Société : 66278

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABRANE Mouma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 21 38 17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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'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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

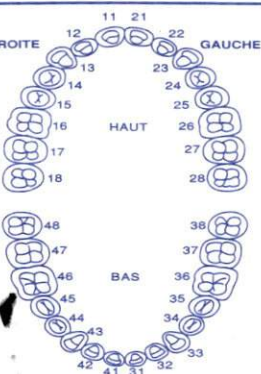
Fin d'exécution

Coefficient
des travaux

Montant des soins

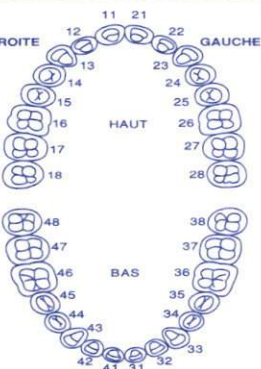
Date du devis

Fin d'exécution



O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient
masticatoire



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

JABRANE Monna

Mle

7534

DECLARATION N°

P 17 / 046859



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces jointes

1370 DT

06 pièces

Cachet
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 17 / 046859

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 7534

Nom & Prénom JABRANE Monna

Fonction manager PRM Phones 0662213817

Mail myslane@myslainmaroc.com

Signature de
l'adherent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affectation Gynécologique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

G
R

320,00
Jou, co

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 24/03/21

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des honoraires

P 290

320,00 dt

Monnaie d'argent 700,00

Dr. LAZRAK

Médecin Radiologue

INPE : 09109327

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACH

Signature et
cachet du
Pharmacien

Signature et
cachet du
Pharmacien

Dr. Saâd Agoumi

Spécialiste

Gynécologue - Obstétricien

Consultant en Responsabilité Médicale

Sur Rendez-vous



الدكتور سعد أگومي

إختصاصي

أمراض النساء والولادة

مستشار في المسؤولية الطبية

بالميعاد

Mme : JABIRANE MOGATA Casablanca, le : 26/03/21

AMMOGRAPHE -

Echo Mammaire -

Centre de Radiologie
Ibn Rochd
44, Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél.: 05 22 22 75 95

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
86 41 01 05 - CASA



Date le : 07/04/2021

Facture N° : FA795/2021

Date de l'examen : 02/04/2021

JABRANE MOUNA

Examens	Honoraires
MAMMO-ECHO	700,00
Montant total	700,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENTS DIRHAMS

Signé : DR LAZRAK et DR ELWADY

Dr. LAZRAK Amal
Médecin Radiologue
INPE : 091093278

Centre de Radiologie
Ibn Rochd
44, Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél.: 05 22 22 75 95



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. AGGUMI SAAD
Nom et Prénom du Patient JABRANE MOUNA
Age 57 ans
Date du prélèvement 22/03/2011
Référence
Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement
Nature de lacte réalisé
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 ☐

Signature et cachet
Dr. Saad AGGUMI
Cytopathologiste
F.d. Moudjahid
56 11 01 05 - CASA



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 26/03/2021

Nom et prénom: MME JABRANE MOUNA
Sur ordonnance du Dr: AGOUMI S.
N° d'anapath: 243ACL0321

Parvenu au laboratoire le 24/03/2021

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 57 ans

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du prélèvement : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, surtout intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Peu nombreuses normales

Conclusion

- Frottis cervical **jonctionnel** hypotrophique et dystrophique
- Absence de signe d'infection à HPV
- Absence de signe de métaplasie, de dysplasie ni de néoplasie

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 05 22 44 51 00 / Fax: 05 22 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 24/03/2021

Facture N° 200480326

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: 320,00 DH

TROIS CENT VINGT DIRHAMS

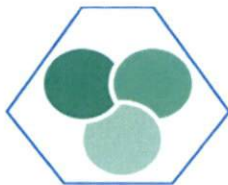
concernant les analyses exécutées le 24/03/2021

Pour MME JABRANE MOUNA

Sur ordonnance du DR: AGOUMI S.

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



Casablanca, le 02/04/2021

Patient : JABRANE MOUNA

Mammo-échographie

Technique: Examen réalisé de manière bilatérale, en trois incidences: face, profil et oblique externe+complément échographique.

Résultats:

1/Mammographie:

- Seins en involution lipomateuse avec persistance de quelques résidus glandulaires (densité type B).
- Quelques calcifications d'allure dystrophique, arrondies du QSE gauche, dispersées.
- Intégrité du revêtement cutané.
- Opacités axillaires bilatéraux, de taille centimétrique et supracentimétrique.

2/Echographie mammaire:

- Absence d'anomalie circonscrite solide ou kystique notable.
- Ganglions des deux creux axillaires de forme ovale, à centre hyperéchogène, bien limitées, d'axe transversal infracentimétrique, sans signification pathologique franche.

Au total:

Calcifications d'allure dystrophique du QSE gauche (ACR2).

Classification Bi-Rads de l'ACR (American Collège of Radiology).

ACR 1: Aspect normal. ACR 2: Aspect bénin.

ACR 3: Aspect probablement bénin.

ACR 4a: indéterminé. ACR 4b: Aspect suspect de malignité. ACR 5: Aspect malin.

Dr LAZRAK Amal
Médecin Radiologue
Tél: 091093278

Centre de Radiologie
Ibn Rochd
Hôpital des Hôpitaux
Tél: 0522 22 75 95

Merci de votre confiance
Dr LAZRAK



090000431

44, rue des hôpitaux rez de chaussée en face des urgences du CHU Ibn Rochd). Casablanca.
Télé et Fax: 0522. 22.75.95. GSM: 06.61.09.48.63 / 06.61.51.31.85. Patente 36316040.
I.N.P: 090000431- CNSS : 6350730. ICE : 001845429000086