

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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.

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- 0048256

70434

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4589 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DRIFI Abdelatif
Date de naissance : 21/11/59
Adresse : 201 IRAKIA N°32 Rue EL Qoads
BERUHID
Tél. : 06 67 01 20 96 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/04/2021
Nom et prénom du malade : MESNAOUI Aicha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hystérectomie
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) :



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
09-04-2021	R		Cr	

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

07/04/2021

325.000 DH

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 :

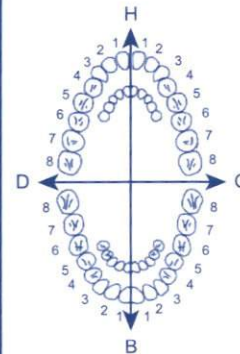
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

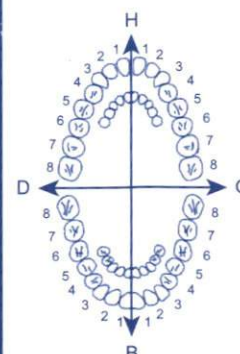
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FACTURE N° : 21003112

BERRECHID : 07/04/2021
Nom et Prénom ... : Madame Aïcha MESNAOUI
Prescripteur : Dr. El hejjam Mohammed

Bilan :

NFS B80+ GROU B60+ TP B40+ TCK B40+
URE B35+ CREA B35+

Montant Net : 329,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Trois cent vingt neuf Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

Pharmacie Biologiste
Dr. Abdelhak HAWAZINE
BERRECHID
LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI



INPE 063060990

Dr Mohammed El hejjam		الدكتور محمد الحجام	
Spécialiste gynécologue accoucheur		اختصاصي امراض النساء و التوليد	
Maladie du sein , infertilité du couple		امراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين	
Echographie , hysteroscopie , colposcopie		الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عنق الرحم	
NOM :	MESNAOUI	Date :	07/04/2021
PRENOM	AICHA	Age :	
HEMATOLOGIE		BILAN INFLAMMATOIRE	
<input checked="" type="checkbox"/>	Groupage	<input type="checkbox"/>	CRP
<input checked="" type="checkbox"/>	NFS	<input type="checkbox"/>	VS
<input type="checkbox"/>	IONOGRAMME	<input type="checkbox"/>	Beta HCG plasmatique
<input checked="" type="checkbox"/>	TP TCK		
<input type="checkbox"/>	GLYCEMIE A JEUN	HORMONOLOGIE	
<input type="checkbox"/>	Test d osulivan	<input type="checkbox"/>	FSH
SEROLOGIE		<input type="checkbox"/>	LH
<input type="checkbox"/>	VDRL TPHA	<input type="checkbox"/>	CEstrogènes
<input type="checkbox"/>	TOXOPLASMOSE	<input type="checkbox"/>	Progestérone
<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	Prolactine
<input type="checkbox"/>	Hépatite B et C	<input type="checkbox"/>	TSH - T3 - T4
<input type="checkbox"/>	VIH		
BILAN URINAIRE		BILAN HEPATIQUE	
<input type="checkbox"/>	Micro- albuminurie	<input type="checkbox"/>	Bilirubine direct
<input type="checkbox"/>	ECBU et antibiogramme	<input type="checkbox"/>	Bilirubine indirect
<input type="checkbox"/>	Protéinurie de 24 h	<input type="checkbox"/>	Transaminases
<input checked="" type="checkbox"/>	Urée	<input type="checkbox"/>	Gamma GT
<input checked="" type="checkbox"/>	Creatininémie		
<input type="checkbox"/>	Spermogramme		
		Signé :	
<p align="center">46 lot Al Amal</p> <p align="center">Prenez RDV s il vous plait</p> <p align="center">06 64 52 84 40</p>			

Dr. El hejjam Mohammed

Date du prélèvement : 07/04/21

Dossier édité le : 07/04/2021

Code Patient : 56129



Mme MESNAOUI Aicha

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

070421 158

HEMOSTASE

Valeurs de référence

Antécédents

TAUX DE PROTHROMBINE :

Effectué sur l'automate de coagulation STA SATELLITE de STAGO

T.P : 100 %

24/09/20 : 100

24/09/20 : 100

Témoin : 100 %

I.N.R : 1.00

24/09/20 : 1.00

VN (70 a 100)

I.N.R.Valeurs conseillées

- Prévention recidives thromboses veineuses 2 < INR < 3

- Prévention thromboses artérielles et sur prothèse valvulaire 2,5 < INR < 4

- Risque hémorragique INR > 5

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (T.C.A)

Effectué sur STAGO

Temps Patient : 25,00 sec

24/09/20 : 30.0

Temps Témoin : 30,00 sec

24/09/20 : 30.0

Rapport (Patient/ Témoin) : 0,83

(Adulte : < à 1,20)

(Enfant : < à 1,30)

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

UREE : 0,22

g/l

(0,13 à 0,43)

ou : 3,65

mmol/l

(1,70 à 7,60)

CREATININE : 6,48

mg/l

(7.0 à 13.0)

Méthode Enzymatique

ou : 57,02

μmol/l

(44 à 106)



LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

Dr. El hejjam Mohammed

Date du prélèvement : 07/04/21

Dossier édité le : 07/04/2021

Code Patient : 56129



Mme MESNAOUI Aicha

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

070421 158

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

GLOBULES ROUGES	: 5,01	M/ μ l	(3,8 à 5,4)	24/09/20 : 4,02
HEMOGLOBINE	: 15,00	g/dL	(12,5 à 15,5)	24/09/20 : 9,00
HEMATOCRITE	: 44,20	%	(37 à 47)	24/09/20 : 30,20
V.G.M	: 88,22	μ 3	(82 à 98)	24/09/20 : 75,12
T.C.M.H	: 29,94	pg	(>OU= 27)	24/09/20 : 22,39
C.C.M.H	: 33,94	%	(32 à 36)	24/09/20 : 29,80
PLAQUETTES	: 293 000	/mm3	(150 000 à 400 000)	24/09/20 : 289000
GLOBULES BLANCS	: 6 450,00	/mm3	(4 000 à 10 000)	24/09/20 : 4730,00
FORMULE LEUCOCYTAIRE :				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	: 62,00	%		24/09/20 : 57,00
Soit	: 3 999,00	/mm3	(1 800 à 7 500)	
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	: 1,000	%		24/09/20 : 1,000
Soit	: 64,5	/mm3	(100 à 400)	
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0,00	%		24/09/20 : 0,00
Soit	: 0,0	/mm3	(0 à 200)	
LYMPHOCYTES	: 28,00	%		24/09/20 : 32,00
Soit	: 1 806,0	/mm3	(1 000 à 4 500)	
MONOCYTES	: 9,00	%		24/09/20 : 10,00
Soit	: 580,5	/mm3	(2 00 à 1 000)	
TOTAL	: 100,00	%		

GROUPAGE SANGUIN

Valeurs de référence

Antécédents

GROUPAGE

1 ère Détermination:

Groupe..... A

Rhésus..... Positif

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



RECU LE : 12/04/2021
EDITE LE : 16/04/2021

NOM & PRENOM : MASNAOUI AICHA
PRESCRIPTEUR : DR EL HAJJAM
Age : 51 ANS
N/REF : H10412253

Nature du prélèvement : Hystérectomie + annexectomie bilatérale

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Reçu un utérus + col + Annexes, pesant ensemble 245 g. L'utérus mesure 8x7,5x4cm. Le col mesure 4x3cm, d'aspect épidermisé avec présence de kystes de Naboth.

A l'ouverture, la paroi utérine mesure 1cm d'épaisseur. La cavité utérine mesure 4x2,5cm, à paroi épaisse avec mikrokystes hémorragiques.

Au niveau de l'annexe droite : la trompe droite mesure 2,5x0,5cm.

Au niveau de l'annexe gauche : la trompe gauche mesure 4x0,6cm. L'ovaire gauche mesure 2x1,5cm.

Histologiquement l'endomètre est de type subatrophique abritant des glandes tubuleuses ou discrètement sinueuses, au revêtement cubo-cylindrique parfois pseudo-stratifié régulier. Le chorion cytogène cellulaire.

Le myomètre présente des lésions d'adénomyose superficielle et profonde floride sous forme de glandes endométriales régulières, entourées d'un chorion cytogène régulier.

Remaniements chroniques non spécifiques du col utérin.

Le stroma est grêle fibreux.

Les annexes sont congestives.

CONCLUSION :

Endomètre de type sub-atrophique avec adénomyose floride superficielle et profonde.

Remaniements chroniques non spécifiques du col.

Annexes congestives.

Absence de signe histologique de malignité.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

Dr. Hind ALATAWNA

Anatomo-Cyto-Pathologiste

Centre de Pathologie Ibn Zohr

17 Louvre center n° 1 Angle

Bd Abdelmoumen et Bachir Laleej Casablanca

Tel: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

CLINIQUE IBN ZOHR



مصحة ابن زهر

ANAPATH

MASNAOUI

AICHA

DEMANDE D'XAMEN HISTO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur:

Nom et prénom:

Age:

Siège et nature du prélèvement:

Renseignements cliniques et paracliniques:

Hystérectomie 4 AB

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre center n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Lakel
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 37 50

Date:

Signature:

Dr. Med L. Hajjam
Spécialiste en Gynécologie-obstétrique
46 lot El Ainal - Berrechid
Tél: 05 22 32 58 83

STRUCTURE MULTIDISCIPLINAIRE

Casablanca, le 12/04/2021

Nom & Prénom : MASNAOUI AICHA
Référence : H10412253
Date réception : 12/04/2021

FACTURE N° 21/0863

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Histologie		1 000,00Dhs
Hystérectomie + annexectomie bilatérale		

Arrêtée la présente facture à la somme de Mille Dirhams

091151944

Signé :

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17, Louvre center n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalej Cas.
Tél: 05 22 23 37 50 Fax: 05 22 23 39 50

Patente N° 34 70 83 72

ICE : 001864938000053

INPE : 091151944

ICE : 001864938000053

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue El bachir Laalej, App : N° 1
(Tramway, Station Abdelmoumen) - Casablanca

Tél. : 05 22 23 37 50 - Fax : 05 22 23 39 50 - Email : patho.ibnzohr@gmail.com