

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0021921

84532

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10578 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJHOUM M. HAREN

Date de naissance : 10/03/1960

Adresse : AKID ELALLAM N° 8 HAY MOULAY RACHID II

BOURNABIL

Tél : 06 10 38 35 35 Total des frais engagés : 775,000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2021

Nom et prénom du malade : MAJHOUM EL MEHDI Age :

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

Nature de la maladie : Appendicite

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 : 15/09/2021

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
02/09/21	CST		Gratuit	<p>Dr BELLAIR ABDELKADIR</p> <p>Chirurgie Générale</p> <p>42, Bd. du 11 Novembre - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 27 36 35</p> <p>INP: 091165994</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/21	17500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. MISSOUF MOHAMMED</p> <p>CENTRE DE PATHOLOGIE</p> <p>38, Bd. El Anzane - 2ème Etage - Ag. 9</p> <p>Casablanca</p> <p>Tél: 0522 96 64 71 - 0522 23 81 10</p> <p>Fax: 0522 96 74 23</p>	02/09/21	PRF	600,-

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 denture ou l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bil

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>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr . BELFAKIR ADIL YASSINE
CHIRURGIE GENERALE

الدكتور بلفقير عادل ياسين
الجراحة العامة

- CHIRURGIE DIGESTIVE
- CHIRURGIE ENDOCRINIENNE
- CÆLIO CHIRURGIE
- ECHOGRAPHIE



- جراحة الجهاز الهضمي
- جراحة الغدد
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى

Fait ,le : 12-09-2025.

Ajmal el Nch

17500 ADDA

Agde



Dr. BELFAKIR ADIL YASSINE
CHIRURGIE GENERALE
42 Boulevard du Nil Bloc 22 1er étage
Sidi Othmane
Tél : 0522.37.36.35

EMULSION REPARATRICE

LOT:BGY13

EXP: 07/2024

PPC: 175.00DH



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Siège du prélèvement :

Nature de l'acte réalisé :

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Biopsie antérieure : Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP :

Pour F.CV 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

le : 16/04/2008

C21101074733

F. MAHJOURI EL MEH

le : 16/04/2008

0109164

Appréciation

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt 9
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 23

Signature et Cachet

Dr. BELFAKIR ALI
CHIRURGIE GÉNÉRALE
38, Bd du 1111 Bloc 22, 1er étage
Sidi Othmane
Tél 0522-37 36 33



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Date de réception : 02/09/2021

Date de réponse : 08/09/2021

Sexe : M

Age :

N° d'examen : 21050209

Nom et Prénom : Mr MAJHOUDI EL
MEHDI

Médecin traitant : Dr. BELFAKIR

Nature du prélèvement : Appendicectomie.

Renseignements cliniques : Appendicectomie.

COMPTE RENDU

Appendice mesurant 6,5x0,8cm.

D'un point de vue histologique, les multiples prélèvements effectués montrent une paroi appendiculaire, dont la lumière renferme quelques débris nécrotiques. Le revêtement muqueux est congestif par place, exulcérée et remplacé par un tissu fibrino-leucocytaire. Le chorion est remanié par un important infiltrat inflammatoire polymorphe, constitué notamment de polynucléaires neutrophiles et de lymphocytes et atteignant toutes les couches de la paroi. Il n'est pas observé de parasite ni de signes de malignité.

CONCLUSION :

- Appendicite aigue.
- Absence de signe suspect de malignité.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Casablanca, le 02/09/2021

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28

Nom & Prénom : MAJHOUDI EL MEHDI

N° d'examen : 21050209

FACTURE N° FA21003644

Nature du prélèvement

Appendicectomie.

Montant TTC

600,00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760

38, شارع بنرأنزان، الطابق الخامس الشقة 9 المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / الفاكس : 05 22 98 74 28
38, Bd Bir Anzarane (Angle rue Morvan) - 5ème étage Appt 9 Maarif - Casablanca Tél. : 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28