

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hopital - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-650746

84294

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 8140 | Société : | R. A. M. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | EL ALAMA MOUINIR | |
| Date de naissance : | | 15-06-70 | |
| Adresse : | | Résidence Le CLUB, Rte mly Thami Appt 35 HAY Hassani Casa | |
| Tél. : | | 06.67.27.54.44 | Total des frais engagés : 300 DHS. Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Dr.Rachida Khatib
Hépato-Gas. & Entérologie Proctologie
Bd. Oum Rabi P.4. Al Firdaus, Imm. 100
Zème Etage Outr. Casablanca
Tel: 05 22 91 05 22/06 61 51 22 34

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2021

Nom et prénom du malade : EL ALLAMA yasser Age: 13ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tremble digestif

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28 / 07 / 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 Pajement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/07/21 | (C.I.) | | G | DR. Rachid 37035005 Spécialiste d'Enterologie Imm. L. Bd. Oum Raouf Rte Al Firdaus 22/06 61 31 22 34 Tél. 05 22 90 05 22/06 61 31 22 34 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Centre de Pathologie Généralisée Casablanca Centre de Radiologie Casablanca 6, Rue des Hôpitaux Casablanca Tél. 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24 | 28/07/21 | | 3000DA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--------------------------------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <img alt="Diagram of upper and lower | | | | |

Dr. Amal BENKIRANE

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



Dr. Lamia JABRI

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

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : *B. Bousine*

Nom et prénom du patient : *El Aïla M. Yasser*

Age : *2004* Sexe : *H*

Date de prélévement : *28 07-21*

Renseignements cliniques et paracliniques :

Symptôme d'acné

Scierie : c'est mort

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 & Cachet



6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca, Maroc

Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24 - E-mail : labocasapath@gmail.com



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 : 21/6688

Casablanca, le 01/09/2021

Date de facturation 01 / 09 / 2021
Médecin traitant DR BENSCRI RACHIDA
Patient EL ALLAMA YASSIR - 079358
Demande **H10728592 - 28/07/2021**

Liste des examens

PETITE PIECE

| | A Payer | 300,00 | Dhs |
|---------------|---------|--------|-----|
| coefficient-P | | 273 | |

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

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du parc
1er étage - Casablanca
Tél: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24

Dr. Lâmia JABRI

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



RECU LE : 28/07/2021
EDITE LE : 03/08/2021

CASAPATH

NOM & PRENOM : EL ALLAMA YASSIR
PRESCRIPTEUR : DR BENSCRI RACHIDA
AGE : 17 ans
Code Patient : 079358
N/REF : 10728592
ORGANE : Peau.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Sinus pilonidal .exérèse à ciel ouvert.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Plusieurs fragments pesant 5 grammes et mesurant entre 0,7 cm et 4,5x1,1 cm.

L'examen histologique des différents prélèvements effectués montre que le trajet fistuleux est bordé par un tissu de granulation polymorphe riche en lympho-plasmocytes, des sidérophages et des polynucléaires neutrophiles. Absence de granulome tuberculoïde.

CONCLUSION

- Aspect morphologique cadrant avec une fistule du sinus pilonidal.
- Absence de malignité.

Signé : Dr. Lamia JABRI

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