

# 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.

## 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.

## Éducation :

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

Nº P19- 066809

Optique *85546*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10466* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *BABA OTHMAN*

Date de naissance : *1971*

Adresse : *Bd J.BNOU SINNA IMM L APT 4*

Tél. : *0661197694* Total des frais engagés : *600* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SOURI Abdellajid  
Chirurgie Viscérale  
Coelio Chirurgie  
32 Rue Haja Makhfouf 2ème Etg N°3 Casa

Date de consultation : *03/09/2021*

Nom et prénom du malade : *ROTFI HIND* Age : *1978*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Coœnophili lithiasis opé*

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 : *Casa* Le : *03/09/2021*

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES 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
03/09/21	consultation chirurgicale			 Dr. Soufiane Abdellatif Chirurgien-Dentiste Coelio-chirurgie 32 Rue Najib Mahjoub 2ème Etg N°3 Casablanca Tél: 05 21 29 27 14 - 05 20 27 54 55

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES	Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
  <b>CHAMPS DE PATROIS</b> <b>ENTRE</b> <b>LE 01/05/2018</b> <b>LE 01/06/2018</b>	03/05/18	P 545	600,-	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI

Dr. Ali LEMSEFFER  
Anatomopathologiste



2020/09/07

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom : LOTFI HIND Age : 44 ans

Ordonnance du Docteur :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Vaginale

Renseignements cliniques et paracliniques

CLINIQUE DU CENTRE  
52, Rue Mostafa El Maâni  
Télé: 05 22 21 31 33 / Fax: 05 22 21 39 66  
Dr. SOUFI RI

Frottis de dépistage : Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles :

- Parité :

Date : 03/09/2021

Signature :

LABORATOIRE DU CENTRE  
52, Rue Mostafa El Maâni  
Télé: 05 22 21 31 33 / Fax: 05 22 21 39 66  
Dr. SOUFI RI  
Docteur SOUFI Abdellah  
Chirurgie Viscérale  
Cœlo-Endocrinie



# *Laboratoire de Pathologie du Centre*

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/09/2021

**FACTURE N° : 21/09206**

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 :

**600,00 Dhs**

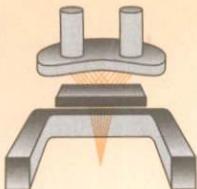
**SIX CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **03/09/2021**

Pour **LOTFI HIND**

Sur ordonnance du : **Dr SOUIR!**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Bd. Zerkouni  
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 58 68



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/09/21

Nom & Prénom : Mme LOTFI HIND  
Sur ordonnance du : Dr SOUIRI  
Réf. : 21H09071

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 03/09/21

Organe ou siège du prélèvement : Vésicule biliaire

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 44 ans

Cholécystite microlithiasique

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Vésicule biliaire de 6 cm de long et 2 cm de diamètre, adressée ouverte et vidée, à paroi souple et à muqueuse conservée, renfermant un calcul rond jaunâtre friable de 0,5 cm.

A l'examen histologique, les différentes coupes réalisées montrent une muqueuse à épithélium de surface le plus souvent abrasé en regard d'un chorion fibro-congestif, renfermant par endroit des amas lympho-plasmocytaires.

Les faisceaux de la muscleuse sont dissociés par des phénomènes fibreux, observés également au niveau de la séreuse présentant par ailleurs des vaisseaux et des filets nerveux hyperplasiques.

Absence de lésion spécifique ou tumorale.

**Conclusion :** - Cholécystite chronique lithiasique.  
- Absence de signe de malignité.

Dr Nouhad BENKIRANE

Dr. BENKIRANE Nouhad  
ANATOMO - PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél. 22.51.31 - 22.51.34  
22.50.59 - 22.50.58