

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.

Diagnostique 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.

Maladie chronique :

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° P19- 066809

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10466 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BABA OTHMAN
Date de naissance : 1971
Adresse : Bd Ibnou Sina Imml Apt 4
Tél. : 0661197694 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SOURI Abdelmajid
Chirurgie Viscérale
Coelio Chirurgie
32 Rue Habib Mahfouf 2ème Etg N°3 Casablanca

Date de consultation : 03/09/2021
Nom et prénom du malade : BOUF, HIND Age : 1978
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Colécyctile lithiasique opérée
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 : 03/09/21

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/09/21 | ORAL | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 03/09/21 | FS45 | 600,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| 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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | 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



LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI

Dr. Ali LEMSEFFER

Anatomopathologiste



21/08/2021

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom : LOTFI HIND Age : 44 ans

Ordonnance du Docteur :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Vesicule

Renseignements cliniques et paracliniques :

Classement
LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DU CENTRE
52, Rue Mostafa El Maani
Tél: 05 22 20 21 33 Fax: 05 22 20 21 91

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité :

Date : 03/09/2021

Signature :

Signature
LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DU CENTRE
52, Rue Mostafa El Maani
Tél: 05 22 20 21 33 Fax: 05 22 20 21 91
Docteur **Abdelmajid**
Chirurgie Viscérale
Chirurgie



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

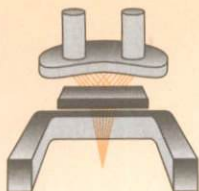
SIX CENTS DIRHAMS

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

Pour **LOTFI HIND**

Sur ordonnance du : **Dr SOUIR!**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 90



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 musculature 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 - Fax. 22.50.90