

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 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

- Reclamation : 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° W21-639996

87136

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7789 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIN SAÏD

Date de naissance : 23/01/1963

Adresse :

Tél. : 06 423 72304 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/17/2021

Nom et prénom du malade : BELAOUETI NASSIRA Age :

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

Nature de la maladie : affection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

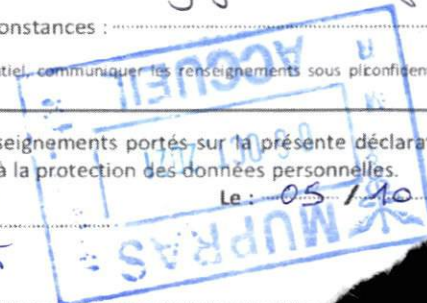
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/12/2012		2	500,00	

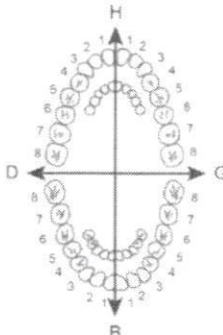
[illegible]

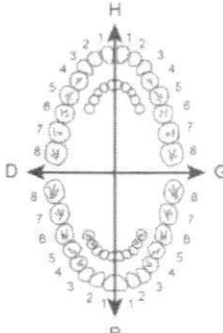
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></div> </div>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
			FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AFIFI Adnane

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : cabinet.afifi@gmail.com

12/07/2021

Mme BELAOUCHI EP. ZAHIR Nassira

NOTE D'HONORAIRES

Actes	Montant
Consultation	500,00
Total :	500,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8, rue Ibnou Yalaa El Ifrani
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

Dr. Amal BENKIRANE

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



CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

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

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Adénocarcinome
endométrial

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

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8, rue Ibnou Yaala El Ibrahi
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél.: 05 22 22 354 - Fax : 0522 364 355



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 : 21/5730

Casablanca, le 13/07/2021

Date de facturation	13 / 07 / 2021
Médecin traitant	Dr. AFIFI ADNANE
Patient	BELAOUCHI EP, ZAHIR NASSIRA - 078919
Demande	C10713152 - 13/07/2021

Liste des examens

FROTTIS

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

Dr. Amal BENKIRANE

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



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

Dr. Lamia JABRI

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

CASAPATH

NOM & PRENOM : BELAOUCHI EP # ZAHIR NASSIRA

PRESCRIPTEUR : Dr. AFIFI ADNANE

AGE : 53 ans

Code Patient : 078919

N/REF : 10713152

ORGANE : FROTTIS DU COL

RECU LE : 13/07/2021

EDITE LE : 14/07/2021

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FC Vaginal après adénocarcinome endométrial.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Frottis en milieu liquide selon la technique Prepstain

- Qualité du frottis :
Très bonne qualité.

- CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA :
Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis étudié après cytocentrifugation comporte des cellules malpighiennes basales, parabasales et de rares cellules intermédiaires présentant soit une augmentation générale du noyau sans hyperchromatisme, soit des altérations cellulaires rassemblant des cellules pycnotiques, orangeophiles, des noyaux nus sur un fond granuleux plus ou moins inflammatoire.

Il n'est pas noté de microorganismes ni de signe de dysplasie.

CONCLUSION :

- Frottis vaginal atrophique.
- Pas de cellule suspecte de malignité identifiée.

Signé : Dr. Lamia JABRI

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