

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.

Diologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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

105625

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006758

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2774

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : SARIF Mohamad Date de naissance : 13.12.1948Adresse : Lot. Ain Diabi II imme. A n° 19 CasablancaTél. : 0661214006 Total des frais engagés : 3700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 / 01 / 2022Nom et prénom du malade : RABAT ATCHALien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Cystite répétée

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 CasablancaLe : 28 / 01 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant à la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/07/22	p 425	500,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

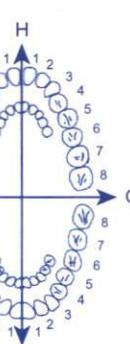
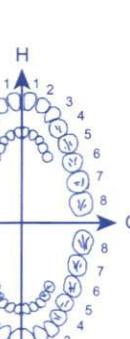
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'

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 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553
	[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

Dr. Abdellatif RIFKI

Anatomo-cytopathologiste

Diplômé de l'Académie de Lyon

Ex. enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste

Ex. enseignante à la Faculté

de Médecine de Casablanca

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

22 MAI 826

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : R. A. Rifi

Nom et prénom : R. A. Rifi Age :

Date du prélèvement : Réf. antérieure :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques :

*A T C D de l'utérus vaginal
respiratoire type bon
+ kyste théophile*

cystome bénin type lipid

Cytologie :

- Frottis : Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction Liquide

- Traitements éventuels :

Date :

Signature :

Dr. Abdelmajid RIFKI

Anatomo-cytopathologiste

Diplômé de l'Académie de Lyon

Ex. enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste

Ex. enseignante à la Faculté

de Médecine de Casablanca

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

FACTURE

REF : FA22000788

Date de facturation	17 / 02 / 2022
Médecin traitant	Dr. MAWFIK
Patient	Mme Aicha RABAI
Demande référence	H221AR0826
Demande reçu le	17/02/2022

A Payer	500,00	Dhs
coefficient-P	455	
Mode de règlement	Chèque	

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. A. RIFKI

CENTRE DE PATHOLOGIE
 IBN ENNAFIS
 Dr. Abdelmajid RIFKI
 11, Rue Lieutenant BERGE - Casablanca
 Tél. (LG) : 05 22 20 23 02

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *Dr. N. Ame*

Estime que l'état de santé de M^{me}, M^{me}, M^r

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

cytose + bgr K30

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

*Trau de vase dejegui + ICG
therapie*

*Dr. MAWFIK Hamid
Chirurgien Urologue
307, Rue Mustapha El Maâfi
Tél : 0522 48 78 77 - CASA*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



COMPTE RENDU OPERATOIRE

LE : 17/2/2012

Concernant : RABBI Aida

Date d'intervention : 17/02/12

Opérateur : Dr A. Aouad

Anesthésiste : Dr El Hachemi

ATCO de section lèvre levée
et greffe ABCG thermique

cysteysie et cellulite

sous ATCO ponction contenue veineuse
espace effectué local baigné
retiré de la goutte au moins une fois
Pas de tissu végétal

Dr. MAWEK Haddad
CHIRURGIEN Urologue
307, Rue Mustapha El Maâni
Tél: 0522 48 78 77 - CASA

SIGNATURE

CLINIQUE HAMDANI

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

F A C T U R E

N° : **375 / 2022** du **17/02/2022**

Nom patient **RABAI AICHA**
PAYANT

Entrée **17/02/2022**
Sortie

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		3 200,00	3 200,00
			<i>Sous-Total</i>	3 200,00
Total Clinique				3 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total	3 200,00



CLINIQUE HAMDANI
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **RABAI AICHA**

Chambre : **CH104**

Médecin traitant **MAWFIK HAMID**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **17/02/2022**

Date sortie **17/02/2022 12:35**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : SARAH1

17/02/2022 11:35

22B170754



Dr. Abdelmajid RIFKI

Anatomo-cytopathologiste
Diplômé de l'Académie de Lyon
Ex. enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste
Ex. enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Reçu le : **17/02/2022**

Notre réf. : **H221AR0826**

Édité le : **21/02/2022**

Prescripteur : **Dr. MAWFIK**

Âge : **72 ans**

Patient(e) : **Mme Aicha RABAI**

Organe : **Vessie**

(ATCD de tumeur vésicale réséquée il y a 3 mois + BCG thérapie)

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Il est reçu un fragment biopsique mesurant 2x1mm inclus en totalité.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une muqueuse urothéliale à épithélium régulier. Le chorion est œdémateux, ponctué de quelques lymphocytes et plasmocytes avec une congestion vasculaire.

Il n'est pas retrouvé de foyer tumoral ni de signes de spécificité.

Conclusion :

- Remaniements inflammatoires non spécifiques de la muqueuse vésicale.
- Absence de signes de malignité.

Dr. A. RIFKI

