

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0056109

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : A.A.M. 149760
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DOUHA NOUSTAFIA
 Date de naissance : 20/07/1958
 Adresse : AL KHOTAZA 7 imm 10 APT 5
 LISSAFA CASABLANCA
 Tél. : 0661447351 Total des frais engagés : 500 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. TOUTANI M. Kamal
 CHIRURGIEN
 11, Rue Lavoisier - Residence Kenzi
 CASABLANCA
 Tél. : 05 22 20 45 45
 Date de consultation : 09/06/22
 Nom et prénom du malade : Descens Mostafa Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Piece gratuite pour Dr. J. J.
 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 : 09/06/2022
 Signature de l'adhérent(e) : JEP

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
09/06/22				DR. TCV ANTONI... 11 Rue... Tél: 05 22 40 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SCHEERAZAD 4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage 20140 - Casablanca Téléphone : 34206518 - L.F. : 41807041 N.S.S. : 2294015 - I.C.E. : 00150241900003	09/06/22	B450	500.00A

AUXILIAIRES MEDICAUX

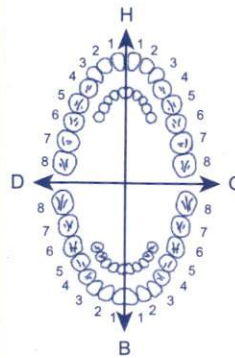
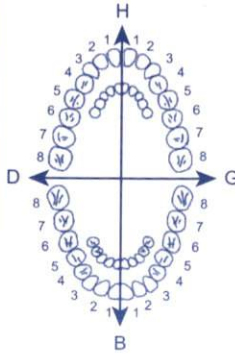
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5^{ème} étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com - ICE : 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

DR TOUZANI MED KAMAL

Pour
Mr DOUMA MOSTAFA

Age : 64 ANS
Référence : 1DTP2J0
Parvenu : Le 09/06/2022
Répondu : Le 14/06/2022
Organe : VESICULE BILIAIRE.
Cholécystite lithiasique;
Cholécystectomie sous coelioscopie .

- COMPTE-RENDU HISTO-PATHOLOGIQUE -

Pièce de cholécystectomie pesant 15 gr et mesurant 7,5 cm de long , reçue ouverte et dépourvue de calculs.

L'étude microscopique montre des érosions de l'épithélium remplacé par un enduit nécrotique.

Le chorion muqueux est riche en cellules inflammatoires constituées d'éléments polynucléés et lymphoplasmocytaires .

Il existe un remaniement fibreux de toutes les tuniques avec hyperplasie des filets nerveux et présence de quelques sinus de Rokitansky kystiques.

L'adventice est de même très épaissie par la fibrose ponctuée d'éléments inflammatoires mononucléés.

CONCLUSION: VESICULE BILIAIRE -----(Cholécystectomie):

- Cholécystite aiguë érosive sur cholécystite fibreuse chronique;
- Absence de malignité dans ce matériel.

Très cordialement
DR HACHCHADI AGHZADI Sc.
Patente : 34206518 - 41807044
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087



مختبر شه‌رزاد
LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5^{ème} étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73 - الدار البيضاء - 5 الطابق - شارع الزرقطوني
E-mail : labocosa2@gmail.com

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Medecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Medecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Academie Internationale de Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 07/07/2022

Référence N° : 10722A

Médecin prescripteur : 11 Rue CASABLANCA 2025 22 86 4

N° Tél :

Nom du patient : Mr. A. B.

Prénom : Adrien

Nom de jeune fille :

Date de naissance : 1958

Adresse :

N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☒ Curetage ☒ Exérèse ☐ Extemporané ☐

Siège, organe ou tissu: viscère, lésion

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques : *doit être l'union S x*

Handwritten:

choi appreciate u xoxo (yell)

Frottis de dépistage : Vagin ☒ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : 10/05/2018

- Parité : 1 **ZANI M. Kam** **LABORATOIRE : SENSIBILISATION**

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol :

Signature & Cachet

Dr. ION BANI M. Kam
11, Rue Lamine - Résidence
Tel : 05 22 86 41 10

LABORATOIRE SCHENKELAZAD
4, Boulevard Zerkani 5ème Etage
20140 Casablanca
Tél: 34206518 - IF: 41687045
Signature & Cachet



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 09/06/2022

Facture N° 358359

N° D'ANA-PATH	1DTP2J0	
NOM PRENOM	DOUMA	MOSTAFA
ADRESSE PAR :	DR TOUZANI MED KAM	
ORGANE	VESICULE BILIAIRE.	
COTATION B	450	
COTATION K:		
TOTAL DH :	500	

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerktouni 1er Etage
20140 - Casablanca
Patente : 34206518 - I.F.: 41807041
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087