

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-717338



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5009

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : REGragui Rachid

Date de naissance : 29-06-1961

Adresse : IMN 28 APP 5 WAFA 3 OULFA Case

Tél. : 0600170246

Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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.

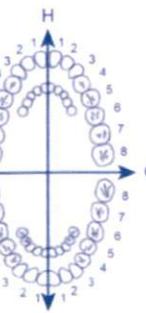
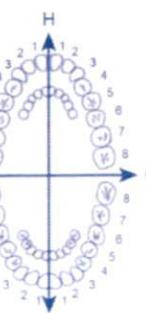
Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/07/2022

RELEVE 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
06.07.22	GT			INP 18/07/2022 Nouvel honoraire NANCO

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachez la signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>COLLEGE DE RADILOGIE KIRKOUENF FAX: 0333 22 59 00</i>	BS/07/02	81363	1500,-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)												
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	35533411	11433553														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

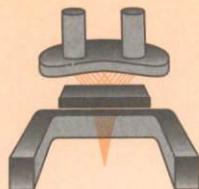
06/07/2022

**MR. REGRAGUI RACHID**

étude immunohistochimique

*Route de l'Oasis 45 22 77 82 84  
rue des Alouettes - Casablanca  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Dr. Naoufal MAMOU*

**LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE**  
52, Boulevard Z. Rktounif  
Tél: 0522 22 51 31 134 Fax: 0522 22 50 64



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 06/07/22

Nom & Prénom: Mr REGRAGUI RACHID  
Sur ordonnance du: Dr MAMOU N.  
Réf: 22H06769

Parvenu au laboratoire le: 05/07/22

Organe ou siège du prélèvement : Poumon

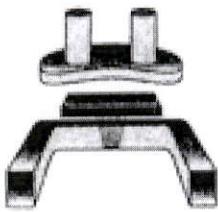
Renseignement(s) clinique(s) : Biopsie bronchique : Processus carcinomateux peu différencié dont la nature neuro-endocrine ou autre est à préciser sur une étude immuno-histochimique, réalisée à la demande.

## ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE

Anticorps utilisés	Cellules dysplasiques	
	Intensité	%
Anti Cytokeratine 1/3 Clone : AE1/AE3	+++	100%
Anti Chromogranine A Clone : LK2H10	+	5%
Anti Synaptophysine Clone : SP11	+++	80%
Anti ki 67 Clone : MIB1	+++	90%
Anti TTF1 Clone : 8G7G3/1	+++	100%

**Conclusion : L'étude immunohistochimique d'un carcinome neuro-endocrine à petites cellules du poumon CPC.**

Dr L. LARAQUI  
ANATOPATO - PATHOLOGIE  
52 Boulevard Zerkoune  
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34  
Fax: 0522 22 51 31/0522 22 51 34



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 05/07/2022

**FACTURE N° : 22/07120**

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 :

**1500,00 Dhs**

**MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **05/07/2022**

Pour **REGRAGUI RACHID**

Sur ordonnance du : **Dr MAMOU NAOUFAL**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Bd Z. Zerktouni  
Tél. 022.22.51.31/34 - Fax: 022.22.50.90