

# 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0009301

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8344

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

122278

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Pr. A. BENGHALEM**  
Professeur Agrégé  
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale  
58, Bd Rachidi - Casab Tel: 0522 45 63 65  
ICE: 001711024000057 - IM: 0522 22 103

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Soi-même  Conjoint  Enfant

*Affection ORL*

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : .....

Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Dates des Actes | Natures des Actes        | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des actes  |
|-----------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/6/2021       | Opérations chirurgicales | 1                     | C                               | Dr. A. BENGHALEM<br>Professeur Aguello-Faculté<br>Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale<br>58, Bd. Rachidi - Casablanca<br>Tel: 0522 18 63 55<br>Fax: 0522 18 63 55<br>INP: 051222103<br>ICF: 001711024000057 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| <br>52, Boulevard de la Paix<br>Toulouse 31343 France<br>Tél.: 05 61 22 91 31 / Fax: 05 61 22 91 32 | 10/06/22 | R.A.90                       | 1200,00                |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

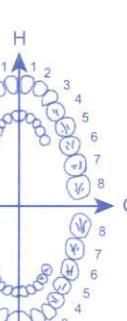
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaires, 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   |   |             |  |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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



3PL 15 D 1000.

# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui

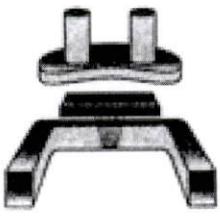
Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles
- Parité
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle
- Frottis monocouche :  Vagin
- Frottis conventionnel :  CBE :

Pr. A. BENGALEM  
Endométriose et gynécologie  
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale  
58, Bd. Rachidi - Casab Tel: 0522 48 63 73  
ICE: 00171102800057 - IAP: 051022103  
Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 02/07/2022

**FACTURE N° : 22/07059**

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 :

**1200,00 Dhs**

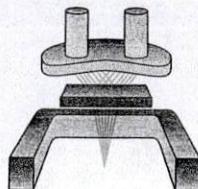
**MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **29/06/2022**

Pour **AZMY JAMILA**

Sur ordonnance du : **Pr BENGHALEM ABDELHAMID**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Bd. Zerkouni  
Tél: 022.22.51.31 / 022.2251.34 - Fax: 022.22.50.90



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 01/06/22

Nom & Prénom : Mme AZMY JAMILA  
Sur ordonnance du : Pr BENGHALEM ABDELHAMID  
Ref. : 22H06753

Prélevé le 28/06/22 et parvenu au laboratoire le : 29/06/22  
Organe ou siège du prélèvement :

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 61 ans

Carcinome papillaire de la thyroïde opéré il y a 15 ans sans  
iodothérapie  
1 et 2 : Secteur III droit, 2 hautement suspect  
3 : Sus-claviculaire gauche

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1) Secteur III droit : Ganglion pesant 1 gramme, de 2 x 1,8 x 0,7 cm présentant à la coupe un aspect grisâtre, inclus en totalité, montrant à l'examen histologique une pulpe ganglionnaire d'architecture conservée avec hyperplasie lymphoïde folliculaire et diffuse associée à une histiocytose sinusale. Les follicules comportent parfois des centres germinatifs clairs. La capsule ganglionnaire est fibreuse fine.

Conclusion : Lymphadénopathie hyperplasique réactionnelle.  
Absence d'indice de malignité.

2) Secteur III droit : Pièce de résection pesant 1 gramme, mesurant 2,2 x 1 x 0,8 cm présentant à la coupe un aspect blanc-grisâtre de consistance ferme, inclus en totalité, correspondant à l'examen microscopique à une pulpe ganglionnaire massivement envahie par une prolifération vésiculo-papillaire représentée par des cellules cubiques, aux noyaux hyperchromatiques, parfois incisurés. Le stroma est réduit, fibro-vasculaire  
On note par ailleurs, une infiltration focale du tissu adipeux péri-ganglionnaire.

Conclusion : Métastase ganglionnaire massive effectivement d'un adéno-carcinome vésiculo-papillaire d'origine thyroïdienne.

3) Sus-claviculaire gauche : Ganglion pesant 1 gramme, mesurant 1,5 x 0,8 x 0,5 cm, d'aspect grisâtre, inclus en totalité, montrant à l'examen histologique une pulpe ganglionnaire réactionnelle de même aspect décrit en 1)

Conclusion : Lymphadénopathie hyperplasique réactionnelle :  
Pas de malignité.

Dr Nouhad BENKIRANE

22/06/2022  
10MOI - PAP  
Boulevard  
13/06/2022  
13/06/2022



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE DU CENTRE

Dr. Laila LARAQUI  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad BENKIRANE  
Anatomo - Cytopathologiste

Date : 28/06/97

Nom & Prénom : A. Zamy Jammal

Prix : 1200,-

Avance :

Reste :

Médecin : Benghal

Laboratoire de Pathologie du Centre  
52, Bd Zarktouni CASA  
Tél: 022 22 51 34/34  
- COURSEP

Tél : 05 22 22 51 31/34 - 05 22 22 50 90

E-mail : laboducentre@yahoo.fr

52, Boulevard Zarktouni 3ème Etage Espace Erreda - Casablanca