

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 1055044

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2245 Société : R.A.F.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI KHIR ABDEL RHANI

Date de naissance : 31.3.1951

Adresse : 75, RUE AL FOURAT MAARIF CABA

Tél. : 06 89 23 70 70 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

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

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

Nature de la maladie : Affection neurologique

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



# 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
14.02.2023	C2	C5	gratuit	Dr. SENTISSIMI Mohamed Chirurgien Urologue 19, Bd. Ibn Sina - Casablanca Tél: 0522 36 97 85 INPE: 001185884

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Pathologie Monsieur Dr MEKOUAR Hind Dr Spécialiste en Anatomie Pathologique 22, Bd Yaâcob El Mansour - Casablanca Tél. : 0522 25 50 54 - Gsm : 0661 0661 538	14/02/23	9636	100.04

# AUXILIAIRES MEDICAUX

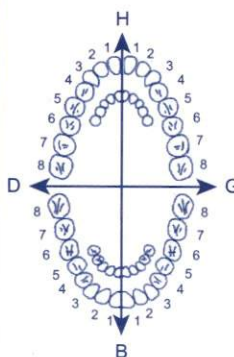
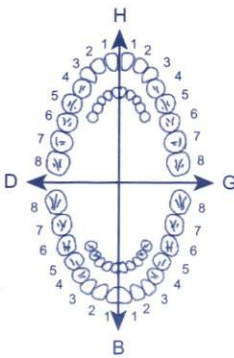
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

061 B02 23

23002917  
ABDEL RHANI BENNANI  
Ch: 42/F née le : 01/01/1951  
Admis le 14/02/2023 à 08:21  
Dr : DR SENTISSI MOHAMED REDA



# Centre de Pathologie MANSOUR

Dr. MEKOUAR Hind  
Anatomocytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr SENTISSI MOHAMED REDA  
Nom et Prénom du Patient BENNANI ABDEL RHANI  
Age 1951  
Date du prélèvement Le 14.10.2023  
Référence .....  
Renseignements cliniques et paracliniques gynécologie

Siège du prélèvement.....  
Nature de l'acte réalisé .....  
Thérapeutique préalablement instituée .....  
Acte chirurgicaux antérieurs avec références .....

Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐  
Si oui, rapeler la référence, SVP .....

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

- Date des dernières régles .....
- Parité .....
- Thérapeutique antérieure ou en cours .....
- Durée du cycle .....
- FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐
- CBE : Endomètre ☐

Centre de Pathologie MANSOUR  
Dr MEKOUAR Hind  
Dr Spécialiste en Anatomie Pathologique  
22- Bd Yaacoub El Mansour - Casablanca  
Tél : 05 22 25 50 54 - Gsm : 0661 066 538

Signature et Cachet  
Dr. SENTISSI MOHAMED REDA  
Chirurgien Urologue  
Tél: 05 22 26 97 85  
INPE: 091185884





# Centre de Pathologie MANSOUR

Dr. MEKOUAR Hind  
Anatomocytopathologiste

Casablanca, le 17/02/2023

Nom et prénom : Mr BENNANI ABDEL RHANI

Sur ordonnance du DR : SENTISSI. R

N° d'anapath : 061B0223

Parvenu au laboratoire le 14/02/2023

Organe ou siège du prélèvement : Prostate.

Renseignements cliniques : Age : 72 ans.

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Type de prélèvement : Copeaux de résection transurétrale prostatique.

### EXAMEN MACROSCOPIQUE :

Matériel biopsique fragmenté pesant 10 g. Il est inclus en totalité.

### EXAMEN HISTOLOGIQUE :

L'examen microscopique des différents prélèvements effectués retrouve une hyperplasie portant aussi bien sur la composante épithéliale que léiomyomateuse. Les glandes sont de taille variable, bordées par une double assise cellulaire, l'une luminale et l'autre basale. Les cellules luminales sont cylindriques à cytoplasme clair avec un noyau basal non nucléolé. Les cellules basales sont aplaties sans atypie. Le tissu interstitiel est le siège d'un discret infiltrat inflammatoire essentiellement mononucléé, focalement dense. Il n'est pas vu de signe de malignité.

### CONCLUSION :

Hyperplasie adénoleiomyomateuse prostatique.  
Absence de malignité.

Centre de Pathologie Mansour  
Dr MEKOUAR Hind  
Dr Spécialiste en Anatomie Pathologique  
22, Bd Yaacoub El Mansour, Casablanca  
Tél: 0522 25 50 54 Gsm: 0661 066 538



Centre de Pathologie  
**MANSOUR**

Dr. MEKOUAR Hind  
Anatomocytopathologiste

Casablanca le : 14/02/2023

**Facture N° 076022023**

**ICE : 002139048000086**

Centre de pathologie Mansour 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 : 700,00 DH

SEPT CENT DIRHAM

Concernant les analyses exécutées le : 14/02/2023

Pour Mr BENNANI ABDEL RHANI

Sur ordonnance du DR : SENTISSI. R

Centre de Pathologie Mansour  
Dr MEKOUAR Hind  
Dr Spécialiste en Anatomie Pathologique  
22, Bd Yaacoub El Mansour - Casablanca  
Tél. : 0522 25 50 54 - Gsm : 0661 066 538