

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

169799

Déclaration de Maladie : N° S19-0002644

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	L1477
Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAGHAI Najat	
Date de naissance : 23.08.58	
Adresse : 6 Rue des Mesanges OASIS 1000	
Tél. 06 45 45 477 Total des frais engagés :	
Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie : Vesicule sans cerclage

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 : CASA Le : 27.07.2023

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 le Paiement des Actes
11/07/2023	CS PT		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ENTRE DEPA ISYENNE Abdelmajid Bouzouf</i>	17/10/23	P545	600,00.D15

AUXILIAIRES MEDICAUX

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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	H																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. 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

233 AR 237

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : A 17/07/2023



3G170866

Nom et prénom : RAGHAI NAJAT Age :

RAGHAI NAJAT

Date du prélèvement : Né(e):23/08/1958 Dr. ACHRAF REDOUANE :

Né(e):23/08/1958

Dr. ACHRAF REDOUANE

Siège et nature du prélèvement : Vesicule biliaire

Renseignements cliniques :

Vesicule biliaire multimicrolithiasique

Cytologie :

- Frottis : Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction Liquide

- Traitements éventuels :

Date : 17.07.2023

Signature :

Dr ACHRAF Redouane
Chirurgie GENERALE
85 Rue Driss Lahrizi - Casabla
Tél : 0522 20 90 10 / 0522 27 24 89

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 : FA23003078

Date de facturation	17 / 07 / 2023
Médecin traitant	Dr. ACHRAF
Patient	Mme Najat RAGHAI
Demande référence	H233AR0237
Demande reçu le	17/07/2023

FACTURE	A Payer	600,00 Dhs
	coefficient-P	545
	Mode de règlement	Chèque

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

Date de facturation	17 / 07 / 2023
Médecin traitant	Dr. ACHRAF
Patient	Mme Najat RAGHAI
Demande référence	H233AR0237
Demande reçu le	17/07/2023

Dr. A. RIFKI

**CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ENNAFIS**
Dr. Abdelmajid RIFKI
11, rue Lieutenant Berge B02 - Casablanca
Mode de règlement Chèque

ICCE 001808260000087 IF 41707227 INPE 91120384 INPE du Laboratoire 093002954

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

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 : 17/07/2023

Notre réf. : H233AR0237

Edité le : 20/07/2023

Prescripteur : Dr. ACHRAF

Âge : 64 ans

Patient(e) : Mme Najat RAGHAI

Organe : **Vésicule biliaire**

(Vésicule biliaire multi micro-lithiasique)

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce de cholécystectomie ouverte de 9x3cm à paroi souple et peu épaisse et à relief muqueux plus ou moins conservé avec présence de foyers de muqueuse « fraîche » et de débris lithiasiques jaunâtres.

L'examen microscopique montre une muqueuse vésiculaire tapissée par un épithélium cylindrique mucipare abrasé avec présence de structures villositaires résiduelles à axe fibro-congestif renfermant des éléments inflammatoires polymorphes et des amas d'histiocytes spumeux (cholestérolose) avec présence de granulocytes neutrophiles.

Les glandes muqueuses sont nombreuses et en métaplasie pylorique, séparées par un chorion fibro-congestif infiltré de lympho-plasmocytes, de granulocytes et d'histiocytes.

Les faisceaux musculaires lisses de la muscleuse sont atrophiques et dissociés par une fibrose dense et congestive comportant un infiltrat inflammatoire et quelques sinus de Rokitansky. La séreuse comporte des cellules inflammatoires, des vaisseaux congestifs à paroi épaisse et quelques filets nerveux hyperplasiques.

Conclusion :

- Cholécystite chronique avec cholestérolose lithiasique en poussée aiguë ;
- Absence de malignité.

Dr A. RIFKI

Page 1/1