

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
- 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'El
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-010719

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7424 Société : A 0470

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAMASSE MOSTAFA

Date de naissance : 18-04-1952

Adresse : 15 Rue 2 HAY ESSALAM CASABLANCA

Tél. : 0669795094 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2023

Nom et prénom du malade : NAMASSE MOSTAFA Age :

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

Nature de la maladie : L'adhérent

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 : CASA Le : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/07/23	C5		300,00	Abdeslam EL MAHIANI Chirurgien INPE: 091057661 22 Bd. Omar El Khayem Beauséjour Tél: 0522 96 69 00 Casablanca 7119
06/07/23	C5 palanesthésique		450,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MPEAD Mme Samira MPEAD 283, Bd Sidi Abderrahmane Hay Salam - C.I.L. - Casablanca Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49 INPE: 092042654	06/07/23	569,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Cabinet de Radiologie 102, Bd Oum Rahma Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 55 INPE: 091026403	14/07/23	8550	600

AUXILIAIRES MEDICAUX

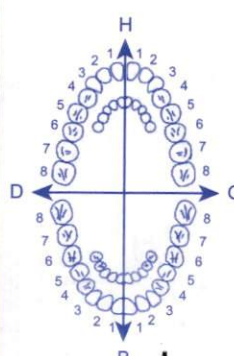
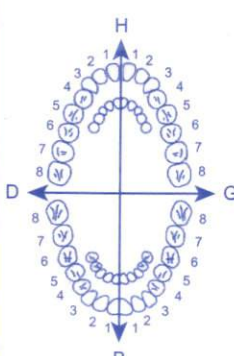
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomie-Cytopathologiste
Ancien Professeur de l'Enseignement
Supérieur du CHU de Casablanca
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII
عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

Casablanca le 14/07/2023

Nom et prénom : **NAMASSE MOSTAFA**

Date de réception : 14/07/2023

Facture N° 23/07057

Nature du prélèvement	Cotation	Prix total	Marge	Net payé
VESICULE BILIAIRE	P550	600,00Dhs		600,00Dhs

Arrêtée la présence facture à la somme de six cents Dirhams

Dr Soufia **AZZOUZI**
Dr AZZOUZI Soufia
Cabinet de Pathologie OUM RABII
102, Bd Oum Rabii, RDC 81
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52
ICE: 001806698000066 - INPE: 091024570

102 ,Bvd Oum Rabii Résidence Selma-RDC-B1-Hay hassani. Casablanca-20220.
Tél :0522 93 88 66 -Fax :05 22 93 87 52 E-mail :cpor102@gmail.com
IF :40399984 - ICE 001806698000066 -Taxe professionnelle :35091342
CNSS :8775077 - INPE :091024570 - Patente N°35091342



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. EL Madani

Nom et Prénom du Patient NA MASSE - MOSTAFA

Age 18.04.1952

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 ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet

Dr AZZOUZI Soufia
Cabinet de Pathologie OUM RAB
102, Bd Oumi Rabi, RDC B1
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52
ICE: 00180698000066 - INPE: 091024570



Date de réception : 14/07/2023

Date de réponse : 18/07/2023

Sexe : M

Age : 71 ans

N° d'examen : H23071429

Nom et Prénom : Mr NAMASSE MOSTAFA

Médecin traitant : DR EL MADANI

Nature du prélèvement : VESICULE BILIAIRE.

Renseignements cliniques : Lithiase vésiculaire.

COMPTE RENDU ANATOMO PATHOLOGIQUE

-Examen macroscopique :

Vésicule biliaire parvenue ouverte et vidée, de son contenu, elle mesure 10,5x2,5cm.
La paroi est souple, le relief muqueux est conservé avec quelques stries jaunâtres.
Parvenu également appart 1 calcul de 1,7cm de nature mixte.

-Examen microscopique :

Sur les plans de coupe examinés, la muqueuse vésiculaire montre des franges épithéliales conservées à revêtement régulier. Le chorion est fibreux, il est le siège d'un discret infiltrat inflammatoire mononucléé. Sur aucun des plans de coupes examinés n'a été vu de signe de malignité.

CONCLUSION :

Cholécystectomie : Aspect histologique d'une cholécystite chronique lithiasique en poussée aigue congestive.

Absence de signes histologiques de malignité.

Dr Soufia AZZOUZI

Dr AZZOUZI Soufia

Cabinet de Pathologie OUM RABII

102, Bd Oum Rabii, RDC B1

Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca

Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52

ICE: 001806698000066 - INPE: 091024570