

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-828869

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0013.453 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Haraoui Khaoula
 Date de naissance : 18-08-1998
 Adresse : Rabi.tue.lle
 Tél. : 0678 737644 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 23/11/2023
 Nom et prénom du malade : HARA OUI KHA OULA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bisproi glande salivaires
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
25/11/23	R20			Dr. Mohamed GANNOUNE Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie Rd. Ghadi, Résidence Mansour Appt 2 - Casablanca Tél: 05 22 94 94 94 Fax: 05 22 94 94 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Pathologie Radiologique	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mohamed GANNOUNE Laboratoire de Pathologie Radiologique 14, Bd. Al-Faoujate N° 10 - 28ème étage Boulogne - Casablanca Tél: 05 22 27 25 48 - Fax: 05 22 27 25 48	25/11/23	RUSO	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Docteur Ahmed GANNOUN
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie

De la part du Dr : B.d. Ghandi, Résidence Mansour

Nom et prénom du patient : KHAOUA

Age : 1998 Sexe : F

Date de prélèvement : 25/10/23

Renseignements cliniques et paracliniques :
Suspicion de S.d.C. parot
Bijou 630/L

BENKIRANE Leila
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14 Bd A. Boujalel N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 85 48 Fax : 05 22 27 95 84

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé : Biopsie gland. subm.

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature et Cachet
Docteur Ahmed GANNOUN
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi, Résidence Mansour
Imm 7, Apt 2 - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 27 941 946



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme HRAOUI

KHAOULA

Age : 25 ans

Prescripteur : Dr. GANNOUNE AHMED

N° Anapath : 2311251129

Date réception : 25/11/2023

Nature du prélèvement : biopsie glande salivaire accessoire

Renseignements cliniques : suspicion de syndrome de Gougerot. Biopsie labiale.

Casablanca, le 01/12/2023

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

L'examen histologique a porté sur 5 fragments biopsiques mesurant 2 à 4 mm de grand axe, inclus en totalité dans un seul bloc et examinés sur des niveaux de coupe sériés.

Il montre une glande salivaire accessoire de type séro-muqueux siège de discrets remaniements fibreux interstitiels, associés à un infiltrat inflammatoire mononucléé intralobulaire, d'intensité légère à modérée, fait de lymphocytes, et de plasmocytes matures.

On individualise 3 foci lymphocytaires, dénombant une cinquantaine de petits lymphocytes réguliers, deux péri-canalaire, et l'autre péri-vasculaire.

Il n'est pas observé d'exocytose lymphocytaire au sein de l'épithélium des canaux excréteurs.

Absence d'individualisation de granulome sarcoïdique sur les nombreux niveaux de coupe examinés.

Absence de dépôt amyloïde sur la coloration du Rouge Congo.

CONCLUSION :

Aspect morphologique d'une sialadénite chronique lymphocytaire et plasmocytaire focale de grade 3 de Chisholm et Mason pouvant être considérée comme un critère d'inclusion pour le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sgögren.

Absence d'argument morphologique pour une sarcoïdose dans la limite des fragments examinés.

Absence de dépôt amyloïde.

Dr Benkiran Leïla



14, شارع عين توجطات - الطابق الثاني - رقم 18 - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.27.85.48 - الفاكس : 0522.27.85.64

14, Bd Aïn Taoujtate - 2^e étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

E-mail : labpathologie.bourgogne@yahoo.fr

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

F A C T U R E

N° : 2311251129

Du : 25/11/2023

Nom patient : Mme HRAOUI KHAOULA

Examens

Cotation(P) Prix Dhs

BIOPSIE GLANDE SALIVAIRE

450

500,00

Total

500,00

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

BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14 Bd Ain Taoujtate N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél 05 22 27 85 48 - Fax 05 22 27 85 64