

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 |

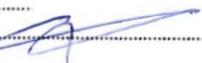
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-822706

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9418	Société : 203602		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MENNI KHALID			
Date de naissance : 04/06/1972			
Adresse : 40 CGT ILOT 9 VILLE VERTE 0781			
Tél. : 0661060961 Total des frais engagés			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Amna LATIFI Ep. HALLI DERMATOLOGIE - VENÉROLOGIE 102, Bd. Ourui Errabii Hay M'dina résidence Selma Edd 652 - INPE:091037903 tel: 0522 897 652			
Date de consultation : 22-04-24			
Nom et prénom du malade : Renée Khalid			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : obésité			
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'adjudicataire.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

Age:
Enfant:
M.
F.
Accueil:
La MR. 2024

MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
22/06/2018	Visite	1	15000	INP : 09137903 Dr Amine LATIDI MATOLOGIE - VENÉTIC Dout Errabbi Y N Elma Etg 1 Casablanca 122- INPE:09137903

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MONA Dossoukouré Sidi Maârouf Ouled Moussa Laimkansa Bouskouré Sidi Maârouf CASA N.C.S.	22.04.24	 PHARMACIE MONA Dossoukouré Sidi Maârouf Ouled Moussa Laimkansa Bouskouré Sidi Maârouf CASA N.C.S. 413,40

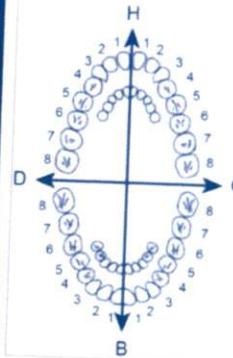
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);"><i>Centre Pasteur de Casablanca</i></p> <p>OUM RABIA 102, Bd Oum Rabia - Casablanca Tél: 0522 93 87 01 Fax: 0522 93 88 66 - INOC: 00130022</p>	23 Juil 2014	12550	600,00

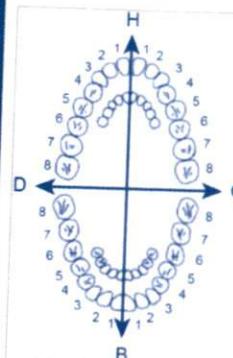
AUXILIAIRES MEDICALS

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتالسلية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ أمراض الحساسية

■ الأمراض التالسلية ■ التجميل

■ العلاج بالليزر ■ جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le : 22-06-24 الدار البيضاء في :

feclou el cemph roudy

Reçu homme de 150kg (mélange cendre et doré)
peau saine d'un lymphome des bras avec œdème
local + présence d'espaces kystiques remplis de liquide
au RT Rennel - Khalid le 22-06-24

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
DERMATOLOGIE - VÉNEROLOGIE
102, Bd. Oum Errabii Hay Mazola
Résidence Selma Etg.1 Casablanca
Tél: 0522 897 652 - INPE: 091037903

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomo-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 23/04/2024

Nom et prénom : **MENNI KHALID**

Date de réception : 23/04/2024

Facture N° 24/04104

Nature du prélèvement	Cotation	Prix total	Marge	Net payé
LIPOME	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 B1
Rés. Lutina - 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

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomo-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

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr.

Nom et prénom du patient : *Genna Chalouf*

Âge : *1977* Sexe : *01*

Date de prélèvement : *22.02.21*

Renseignement cliniques et paracliniques :

..... *la femme recouvre une dent*

..... *→ Bouffée Fébrile*

.....

.....

.....

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Nom Réf:

FCV : Vagin Exocol Endocol

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

102, Bvd Oum Rabii (Prés du service des mines)

Résidence Selma - RDC - B1 - Hay Hassani

Casablanca - 20220 - Tél.: 05 22 93 88 66

Fax : 05 22 93 87 52 - GSM : 06 60 93 65 71

E-mail : cpor102@gmail.com

*Docteur Anima LATIFI EP. HALI
DERMATOLOGIE - VENÉROLOGIE
102, Bd. Oum Erabbi Hay Mazola
Résidence Selma Etg. 1 Casablanca
Tél.: 0522 897 652 - INPE: 091037903*

Signature & Cachet

Dr Soufia AZZOUZI

Médecin Anatomo-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 الريبي

Date de réception : 23/04/2024
Date de réponse : 26/04/2024
Sexe : M
Age : 52 ans

N° d'examen : H24042339
Nom et Prénom : Mr MENNI KHALID
Médecin traitant : Dr AMINA LATIFI

Nature du prélèvement : LIPOME.

Renseignements cliniques : Lipome récidivant du bras.

COMPTE RENDU ANATOMO PATHOLOGIQUE

Matériel fragmenté graisseux pèse 2g, il mesure en tas 3,5cm, il comporte des fragments fibreux.

L'examen histologique montre d'une part un tissu adipeux mature fait d'adipocytes homogènes aux noyaux réguliers et séparés en lobules par de fines cloisons conjonctives. D'autre part, il y a un tissu fibreux dense en périphérie avec la présence d'une hyperplasie des filets nerveux sur un fragment.

CONCLUSION : Aspect histopathologique d'un lipome récidivant d'exérèse fragmentée.

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: 00180669800066 - INPE: 091024570