

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-442347

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>NE733</u>	Société : _____		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>NIBOU TIBAHIM</u>			
Date de naissance : <u>25 12 1980</u>			
Adresse : <u>El houcine Idrissi</u>			
Tél. : <u>0661898473</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : <u>GODARD Florentine</u> Age : <u>1990</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>oul clair</u>			
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) :			

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) :

#### **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
05/08/2019	vain facte		200.00	INP : 0911185314 CHAUVE 100% Entraide 3ème Enga 05/08/19

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Pathologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 BENKIRAN LABORATOIRE de Pathologie Bourguig Bouljale N° 18 - 2ème étage Casablanca Tél: 05-28-55-48, Fax: 05-22-27-25	03/03/19	ps'4)	600 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. L BENKIRAN

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : Hmamni CHNUCT d. l.e

Nom et prénom : GODARD Mr  Mme  Mlle  ENF

Age : Florencia

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

oef clair  
b → Aspergillus claviger  
→ ventre  
→ prodit d'aspergo

Radiographies :

Date : 05/08/15 Signature :

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° : 3998 / 2019 du 05/08/2019

Nom patient GODARO MARIE Entrée 05/08/2019  
PAYANTS Sortie 05/08/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-FORFAIT K30	1,00	K	2 200,00	2 200,00
<i>Sous-Total</i>				2 200,00
<b>Total Clinique</b>				<b>2 200,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	2 200,00
DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		



A large, handwritten signature in black ink is overlaid on a blue circular stamp. The stamp contains the text "CLINIQUE GHANDI" at the top, followed by "54 Bd. Ghandi - Casablanca" and "0522 36 74 05". The signature appears to be "Ghandi Clinique".

# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla

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

Patente 356 15070 IF 40530070

## F A C T U R E

N° : 1908051635  
Du : 05/08/2019

Nom patient : Mme GODARD FLORETINE

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
GROSSESSE ARRETEE	545	600,00
Total		600,00

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

Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd Ain Taoujilate N° 18 - 2ème Etage  
Bourgogne - Casablanca  
Tel 05 22 77 85 48-Fax 05 22 22



# مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme GODARD  
FLORENTINE

Age :

Prescripteur : Dr. HAMOUMI LILIA  
N° Anapath : 1908051635

Date réception : 05/08/2019

Nature du prélèvement : produit d'aspiration

Renseignements cliniques : œuf clair : aspiration échoguidée jusqu'à vacuité utérine.

Casablanca, le 26/08/2019

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### Macroscopie :

Matériel fragmenté pesant 75 g, mesurent en tas 9 cm, examiné dans 4 blocs.

### Microscopie :

A l'examen histologique, le matériel adressé renferme des fragments de caduque placentaire, et des villosités chorioniques parfois d'aspect hydropique, centrées par un axe oedémateux lâche, avasculaire.

Ces villosités sont cernées par un liseré de cytotrophoblaste et de syncytiotrophoblaste non proliférant et non atypique.

Il s'y associe des lambeaux d'endomètre gravide.

Il n'a pas été mis en évidence de tissu fœtal.

### CONCLUSION :

- Confirmation histologique d'une grossesse arrêtée, compatible avec un œuf clair.
- Absence de signe en faveur d'une maladie trophoblastique ou d'une anomalie chromosomique.

Dr Benkirian Leïla  
Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd Aïn Taoujتate N° 18 - 2ème étage  
Bourgogne - Casablanca  
Tél. 0522.27.85.48 - Fax 0522.27.85.64