

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 046855

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société : Ma pou Audi

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 136822

Nom & Prénom : Hour ZAHRA

Date de naissance : 13/06/82

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2022

Nom et prénom du malade : Hour ZAHRA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 10 NOV. 2022

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
29/10/20	u	1	200	
28/10/20	u	1	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Sachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/22	164950

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
. Amaï BENKORANE Anatomio-Pathologiste Centre de Pathologie-Casapath 6, Rue des Nations Unies Résidence du Parc Casablanca 05 22 22 13 46/66 - Fax: 05 22 22 14 24 INPE : 091024004	29/10/22	P-455	5000 DA

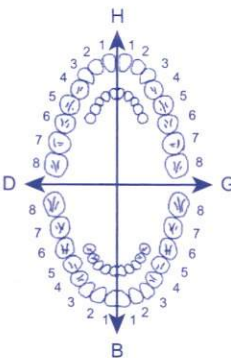
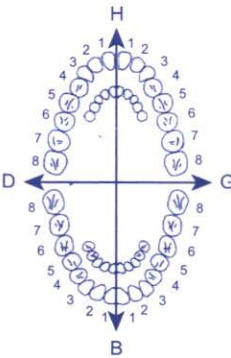
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

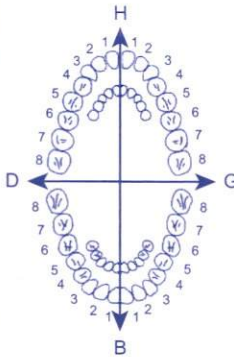
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																								
				MONTANTS DES SOINS																																								
				DEBUT D'EXECUTION																																								
				FIN D'EXECUTION																																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																								
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> B </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553		B				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
	H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553																																									
	B																																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																											
			DATE DU DEVIS																																									
			DATE DE L'EXECUTION																																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 00000000 21433552 00000000 D G 35533411 11433553 B			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

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

De la part du Dr : HERRISSEN

Nom et prénom du patient : Houli ZAHRA

Age : 63 ans Sexe : F

Date de prélèvement : 28/10/22

Renseignements cliniques et paracliniques : Abcs. loge large

Hypod G 20 après hépatoctomie

fracturée à la poe

Ganglions - Corps étranger (p/te)

Dufection - Spléno

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet

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

RECU LE : 29/10/2022

EDITE LE : 02/11/2022

NOM & PRENOM : HOURI ZAHRA

PRESCRIPTEUR : Pr. HESSISSEN MED AMINE

AGE : - ans

Code Patient : 099873

N/REF : 21029042

ORGANE : LOGE THYROIDIENNE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Abcès de la loge thyroïdienne gauche 20 après thyroïdectomie fistulisé à la peau. granulome à corps étrangers (fils++) - infection spécifique.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Un fragment de 3x1,5x1,7cm recouvert d'un lambeau cutané de 1x0,3 cm est examiné en totalité.

A l'examen histologique, il s'agit d'un tissu de granulation polymorphe fait de lymphocytes, de polynucléaires neutrophiles et de plasmocytes avec foyers de suppuration entourant de nombreux néovaisseaux.

L'épiderme en regard est papillomateux orthokératosique.

Il n'est pas noté de lésion spécifique ou de lésion suspecte de malignité.

CONCLUSION :

- Inflammation granulomateuse polymorphe et suppurée non spécifique.
- Absence de malignité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE

Anatomo - Pathologiste

Centre de Pathologie Casapath

5, Rue des Hôpitaux - Rés. du parc Casablanca
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax: 05 22 22 14 24



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com
Patente 36333531 ICE 001624540000044 IF 40204512

FACTURE

REF : 22/9833

Date de facturation 03 / 11 / 2022
Médecin traitant Pr. HESSISSEN MED AMINE
Patient HOURI ZAHRA - 099873
Demande **H21029042 - 29/10/2022**

Liste des examens

PETITE PIECE

Total 500,00 Dhs

coefficient-P 455

Mode de règlement Espèce

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

Pr. Amel BENKIRANE
Centre de Pathologie Spécialisée
Résidence du Parc - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax: 0522 22 14 24
ICE: 001624540000044

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca, le

28 10.7

M.

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur AgrégéDr. M. Amine HESSISSEN
Professeur AgrégéDr. Mohamed BENNIS
Allergologue

1- FLOXAM 500

1 cp x 3/J pendant 7 jours

2- CATAFLAM 50

1 Cp x 3 par jour pendant 6 jours



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Dr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. de Diagnostic et d'Explorations
Angle Rue Jean Jaurès - Boulevard Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 0522 47 20 20 - Fax : 0522 20 18 85
INPE : 671033753

HARMACIE BELLE VUE
Lama EL EULJ
Pharmacienne
Tél/Fax 05 22 22 12 82
Bd Sidi Med Ben Abdellah Casa