

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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° P19- 058214

63191

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3505 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rachida Mangany

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0631 634822 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور زهير عبد الإله  
إختصاصه في أمراض النساء و الولادة  
أمراض العقم  
13 زنقة ناف شاطئ الدار البيضاء  
هاتف : 05 22 26 04 12  
06 22 27 44 21

Date de consultation : 04/03/2021

Nom et prénom du malade : Mangany Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : 12/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :





[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                         |          |                                 |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                           | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | 04/03/21 | 21363                           | 1500,00                   |
|                                                                                  |          |                                 |                           |
|                                                                                  |          |                                 |                           |
|                                                                                  |          |                                 |                           |

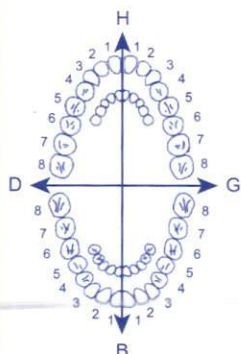
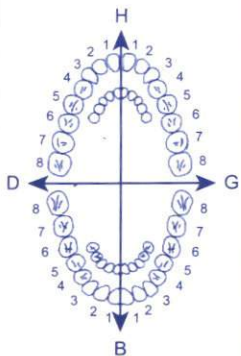
[illegible]

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>      |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>       |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             | FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>         |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/> |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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 |  |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 21433552            |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 00000000            |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | G                   |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 00000000            |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 11433553            |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   | DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>     |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                   |                                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Anatomo - Cytopathologiste

## **Demande d'examen**

De la part du Dr. ZNIBER A.

Nom et Prénom du Patient MARJANX Rachida

Age 68 ans

Date du prélèvement 4/3/21

Référence .....

Renseignements cliniques et paracliniques .....

الدكتور زنبر عبد الإله  
اقتصاصي في أمراض النساء و الولادة  
13 نقطة ناف شاطوا الدار البيضاء  
05 22 26 04 12 : تليفون  
05 22 27 44 21 : هاتف

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 .....

دكتور بوحاميد عبد الحافيد  
310, Rue Omar Riffi  
Tél: 05 22 44 51 00 / Fax: 05 22 44 52 30  
GSM: 06 61 33 2002  
Pathologiste  
Casablanca

**Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :**

- Date des dernières règles .....

- Parité .....

- Thérapeutique antérieure ou en cours .....

- Durée du cycle .....

- FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre ☐

الدكتور زنبر عبد الإله  
اقتصاصي في أمراض النساء و الولادة  
13 نقطة ناف شاطوا الدار البيضاء  
05 22 26 04 12 : تليفون  
05 22 27 44 21 : هاتف

Signature et Cachet





# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 04/03/2021

**Facture N° 200480150**  
**ICE: 001714931000007**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 1 500,00 DH  
MILLE CINQ CENT DIRHAMS  
concernant les analyses exécutées le 04/03/2021  
Pour MME MARJANY RACHIDA  
Sur ordonnance du DR: ZNIBER A.

Dr. ALAQUI BOUHAMID Abdelhafid  
Pathologiste  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30  
GSM: 06 61 32 20 02



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 11/03/2021

Nom et prénom:  
Sur ordonnance du Dr:  
N° d'anapath:

MME MARJANY RACHIDA  
ZNIBER A.  
075AHB0321

Parvenu au laboratoire le 04/03/2021  
Organe ou siège du prélèvement: Sein gauche  
Renseignements cliniques: Age: 68 ans

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Type d'intervention : Tumorectomie, orientée  
Dimensions : 3 x 2 x 1,5 cm

Tranches de section : Nodule blanc-grisâtre, dur, de 1,2 cm de diamètre  
Limites de résection saines ; la plus proche étant à 1 cm

Extemporane : Nodule fibro-inflammatoire

Inclusion en paraffine : Nodule fibro-inflammatoire sur cytotéatonecrose

Coupes microscopiques

- Fibrose inflammatoire sur foyer de cytotéatonecrose
- L'ensemble est erné d'un tissu adipeux mature

Conclusion : Nodule fibro-inflammatoire du sein gauche sur cytotéatonecrose, de 1,2 cm  
Exérèse complète  
Pas de malignité

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid  
Pathologiste  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30  
GSM: 06 61 32 20 02