

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 ALP :

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° M21- 0011067

73706

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01266 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BABOU THANI

Date de naissance : 08/04/1952

Adresse : 22 km Rue Mohammed VI Casablanca

Tél. : 0661420003 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/03/2019

Nom et prénom du malade : BABOU THANI 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

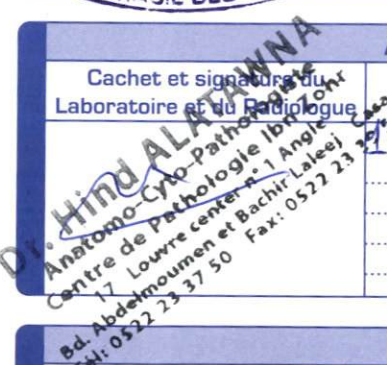
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Prestation des Actes
15/3/21		CS	Gral	
16/3/21		CS	Gral	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/2021	533,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15-03-21		1100

AUXILIAIRES MEDICAUX

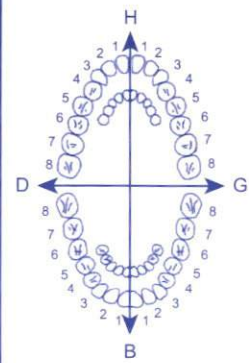
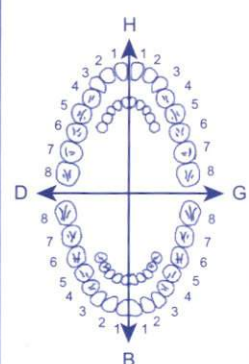
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

AUGMENTIN

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour
prendre de préférence au début des repas
pendant jours.
Lire la notice attentivement avant emploi.
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال...يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 644984
PER: 12/21

Casablanca

161312

LOT N°: 20202A
EXP: 03 2022
P.P.V: 98,50 DH

LOT N°: 20202A
EXP: 03 2022
P.P.V: 98,50 DH

LOT N°: 20202A
EXP: 03 2022
P.P.V: 98,50 DH

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150DH90 EXP 11/2023
LOT 04072 4

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150DH90 EXP 11/2023
LOT 04072 4

16 comprimés effervescents

Dr. Khalid RZAY
Chirurgien Spécialiste
182, Bd. Anoual - Casablanca
Tél: 06 22 86 50 05
Fax: 06 22 86 50 05
N° 091168340
ICE 000745623000091

URGENCES

RECU LE : 15/03/2021

EDITE LE : 18/03/2021

NOM & PRENOM : BABOU THAMI
PRESCRIPTEUR : DR RZAL Khalid
Age : 69 ANS
N/REF : H10315279

Nature du prélèvement : Vésicule biliaire + sac herniaire

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Reçu deux flacons

Flacon I : Vésicule biliaire

La vésicule biliaire, mesure 7.5cm de long et 2,5 cm de diamètre. Elle montre une paroi épaisse. La muqueuse est lisse. Avec présence des calculs friables de 1mm chacun.

Au total, 3 plans de coupe intéressant le collet, le corps et le fond vésiculaire sont examinés.

L'aspect histologique est celui d'une cholécystite chronique commune.

La muqueuse, parfois papillaire, possède un épithélium cylindrique le plus souvent conservé.

Le chorion fibro-congestif abrite des éléments libres polymorphes.

La musculature et l'adventice sont pour leur part remaniées par des nappes de fibrose dense, imbibées de liquide d'œdème et piquetées de lymphocytes, de plasmocytes et d'histiocytes.

Flacon II : Sac herniaire

Sac herniaire pesant 14g et mesurant 6x3cm. Auquel attaché un fragment d'aspect grasseux de 5x2cm.

L'examen histologique des prélèvements réalisés montre un tissu fibro-adipeux, siège d'un discret infiltrat inflammatoire mononucléé, avec des vaisseaux grêles congestifs, à paroi fine. Il est partiellement recouvert par un revêtement mésothélial régulier. On note par ailleurs deux ganglions lymphatiques de morphologie conservée.

Absence de spécificité.

Absence de malignité.

CONCLUSION :

I-Vésicule biliaire : Cholécystite chronique non spécifique.

Absence de lésion spécifique ou tumorale.

II-Sac herniaire : Remaniements inflammatoires subaigus et chroniques non spécifiques.

Absence de malignité

Dr. Hind ALATAWNA
Signé: Dr. Hind ALATAWNA
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre center n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleej Casa
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50



CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ZOHR

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Dr. Hind ALATAWNA

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : Dr. RZA

Nom et prénom : BABOU Mr ☒ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age : 19/02

Référence : THAN

Siège et nature du prélèvement : VB & Harnis

Cytologie : adhesif

- Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : 01/02/2019

- Traitements éventuels : aucun

Renseignements cliniques et paracliniques : pas de VB

01/02/2019, Sac blanc

Radiographies : 01/02/2019

01/02/2019, Sac blanc

Radiographies : 01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre center n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laieej Casa
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre center n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laieej Casa
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

Dr. Khalid RZA
Chirurgien Spécialiste
182 Bd. Anoual - Casablanca
Tél: 05 22 86 50 05
INPE: 091165340
ICE: 00174562300008

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casablanca 15/03/2021

FACTURE N° 21/0622

NOM ET PRENOM : BABOU THAMI

Nature du prélèvement : vésicule biliaire + sac herniaire

Date du prélèvement : 15/03 /2021

Montant de : 1100 dhs.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cent dirhams.

Signé



Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre centre n°1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalej Casa
Tel: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 32 50

Patente N° 34708372 ICE :001864938000053 INPE :091151944