

# 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.

## Diagnostique 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

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° P19-0014914

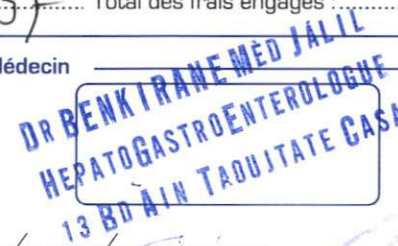
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3511 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DAKHANA BEWANI SINGH Date de naissance : 9-12-45  
Adresse : Résidence Azura Anfa II TANGERIS CASAH  
Tél. : 0639031537 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : TAKA FI FATIHA Age : 15 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Colite, Colite  
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 : 10-7-19 CASAH Date : 10-1-2019  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10.07.19	S	1		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE PATHOLAB 59, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca Tél : 05 22 54 01 33	11/07/19	P46 + P36	856 BHT 05 22 54 01 33 Bd. Rahal El Meskini - Casablanca

# 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 pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



# Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques

Dr Meryem Cherkaoui

Unité de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

19H 10 88.

Date : 10/07/2019

## Demande d'Examen anatomo - cytopathologique

Nom & Prénom : TAKAIE FATIHA Age : 15 ans

Examen demandé par le Dr.

Dr. BENKIRANE MED J

II-PATO GASTRO ENTEROLOG

14 Bd. Ain Taouj

D/BENMISSA

Nature du prélèvement :

1) Du he + fuden.  
2) Cholecystectomie

Renseignements cliniques / antécédents :

Gastrite chronique et hémorragie et per

énosie



Dr. BENKIRANE MED J

II-PATO GASTRO ENTEROLOG

14 Bd. Ain Taouj

Cachet et Signature :

Tél : 05 22 54 01 93

59, Bd Rahal El Meskini - 3<sup>e</sup> étage - Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02

Email : patholab6@hotmail.fr

Tél : 05 22 54 01 93

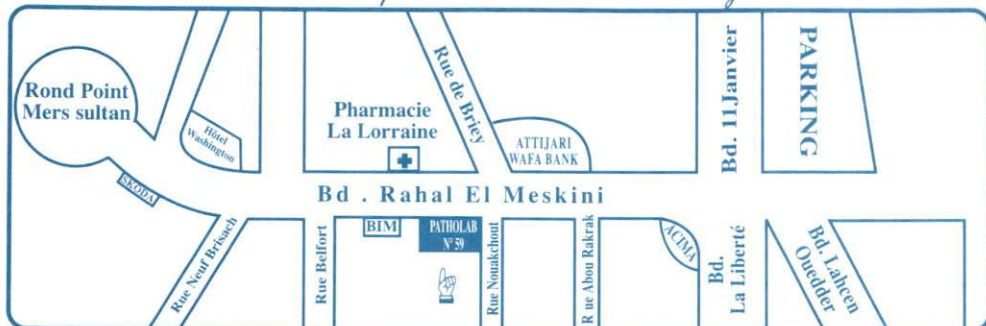




# Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France



**Le laboratoire peut récupérer vos prélèvements sur place**

59, شارع رحال المسكيني - الطابق الثالث، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.54.01.93 - الفاكس : 05 22.44.78.02  
 59, Bd. Rahal El Meskini 3<sup>e</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02  
 E-Mail: patholab6@hotmail.fr

59, Bd. Rahal El Meskini 3<sup>e</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02  
 E-Mail: patholab6@hotmail.fr





Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **TAKAFI Fatiha**

**FACTURE** N° : 19/1170

**DATE :** 11/07/2019

Désignation	Cotation	Montant
Biopsies simples	320P	350,00
Vésicule biliaire	450P	500,00
Total Cotation		Total Montant
		850,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS

**PAYÉ EN ESPÈCES**



59, Bd Rahal El Meskini - 3<sup>e</sup> étage - Casablanca    الطابق الثالث - الدار البيضاء    59 شارع رجال المسكيني

Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02 - E-mail : patholab6@hotmail.fr - Taxe professionnelle : 34303849 - I.F : 41903849

I.C.E : 001807132000085



# Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

*Dr Meryem Cherkaoui*

*Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France*

Casablanca, le 14/07/2019

Nom & Prénom : **TAKAFI Fatih**  
Prescrit par : **Dr BENKIRANE MJ. Pr BENISSA N.**  
Ref. : **19H1088**

Prélevé ou parvenu au laboratoire le : 11/07/2019  
Organe ou nature du prélèvement : Vésicule biliaire + Biopsies gastriques.  
Renseignement(s) clinique(s) : Age : **55 ans**  
gastrite antrale érythémateuse peu érosive. Cholécystectomie.

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### 1/ Estomac :

5 plans de coupe séries sont réalisés sur les 4 fragments biopsiques reçus. Ceux-ci montrent 3 fragments de muqueuse fundique et un fragment de muqueuse antro-fundique sans anomalie histologique significative notable en dehors de quelques abrasions épithéliales superficielles isolées. On ne décrit pas d'atrophie glandulaire ni de métaplasie intestinale. Pas d'atypies cellulaires. Recherche d'*Helicobacter pylori* négative.

### 2/ Vésicule biliaire :

Les sections étagées réalisées sur cette vésicule biliaire de 9cm x 3.3cm de grands diamètres, siège d'un lithiasse au niveau du collet, montrent une paroi vésiculaire discrètement inflammatoire, micro-congestive, parsemée de cellules inflammatoires mononucléées de type lymphoplasmocytes et de rares polynucléaires. Cette paroi, peu épaissie, possède une muqueuse globalement conservée, dotée d'axes conjonctif de taille variable, par places dénudés, revêtus d'un épithélium cylindrique orthoplasique, dépourvu d'atypies cellulaires.

## CONCLUSION :

\*Muqueuse gastrique antro-fundique sans lésion histologique significative notable. Pas de réel caractère inflammatoire érosif. Pas d'atrophie glandulaire ni de métaplasie intestinale. Recherche d'HP négative.

\*Cholécystite chronique lithiasique. Pas de malignité.

*Dr. Meryem Cherkaoui,*

*Pathologiste*

