

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | spec@mupras.com     |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 - 10, Avenue Hassan II - 10000 Casablanca - Maroc



## Déclaration de Maladie

N° W19-487269

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule	8930	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Bou KARI HASSANE.
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0524 44 11 11			
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Age :			
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		<input type="checkbox"/> Enfant	
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.			

**MUPRAS**  
08 Nov. 2019  
ACCUEIL

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) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-487269

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

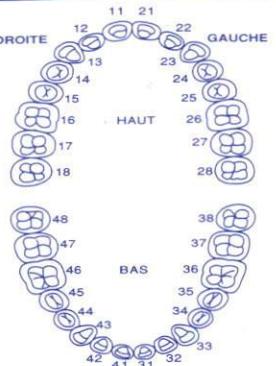
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

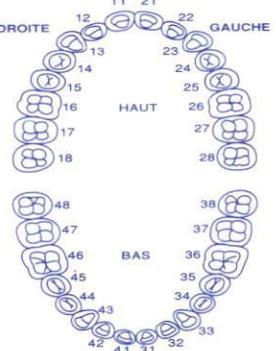
### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient  
masticatoire

D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553
---	--	---	--

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

attestant la facture

attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° **P 17 / 0062361**



Mme

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Cachet  
MUPRAS



**P 17 / 0062361**

**DATE DE DEPOT**

/ 201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

**Mme 8930**

Nom & Prénom **BOUKARI Hassane**

Signature de  
l'adhérent

Fonction **RET** Phones **0663 294816**

Mail

MEDECIN Prénom du patient **M. BOUKARI HASSAN**

Date **01/08/19**

Date 1ère visite

*Nez de la prostate*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>S</i>		<i>250,00</i>

PHARMACIE Date

Montant de la facture



Signature et  
cachet du  
Pharmacien

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date **06/08/19**

Désignation des Coefficients **P409** Montant détaillé des Honoraires **450 dh**

**LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE**

**52, Boulevard Zerkouni  
Tél. 0522 2251 31 / 34 Fax: 0522 2250 00**

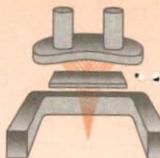
**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

**CACHET**



# Le Centre Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Le patient présente une aménorrhée de plusieurs mois avec des saignements irréguliers et menses très rares et de faible quantité.

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui  Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

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

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin

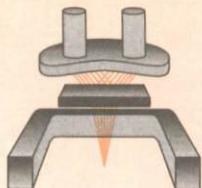
Exocol

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre

Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 15/08/19

Nom & Prénom: Mr BOUKARI HASSANE  
Sur ordonnance du: Dr BENNANI MOHAMED  
Réf: 19H08166

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 08/08/19

Organe\* ou siège du prélèvement: Estomac + Duodénium

Renseignement(s) clinique(s) : Œsophage normal. Pangastrite congestive très inflammatoire et multiérosive, ulcérée en prépylorique. Pylore normal. Duodénium normal.

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

L'examen histologique a porté sur sept fragments biopsiques.

**La muqueuse gastrique** est visible sur trois fragments fundiques et un fragment antral sur toute leur hauteur jusqu'à la musculaire muqueuse. Le volume glandulaire global est conservé. Le chorion est le siège d'une inflammation modérée, associant des lymphocytes, des plasmocytes et quelques polynucléaires neutrophiles. Les structures épithéliales sont partout normosécrétantes et bien différenciées sans signe de dysplasie ou de métaplasie.

Présence d'HP (+)

**La muqueuse duodénale** est visible sur trois fragments montrant un relief villositaire préservé. Les structures épithéliales sont normosécrétantes et bien différenciées.

La LIE est estimée à 11%.

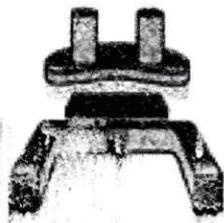
Le chorion oedémato-congestif est ponctué d'éléments inflammatoires lymphoplasmocytaires, et de rares éosinophiles.

Pas vu de giardia lamblia au sein du film muqueux de surface.

**Conclusion :**

- **Gastrite antro-fundique chronique modérée, non atrophique, légèrement active, sans signe de dysplasie ou de métaplasie intestinale, avec présence d'HP (+)**
- **Muqueuse duodénale siège de discrets remaniements oedémateux et congestifs non spécifiques, sans atrophie villositaire et sans giardia.**

DR BENKIRANE Nouhad  
LTO 102 PATHOLOGISTE  
Boulevard Zerkouni  
01 22.51.31 - 22.51.34  
01 22.50.90 Fax. 22.50.90



# *Laboratoire de Pathologie du Centre*

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 12/09/2019

**FACTURE** **N°** ; 19/09305

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 :

**450,00 Dhs**

**QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **08/08/2019**

Pour **BOUKARI HASSANE**

Sur ordonnance du : **Dr BENNANI MOHAMED**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 00