

## 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-587535

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <i>Ri Am</i>	
Matricole : <i>4805</i>		Nom & Prénom : <i>Moufida El Mousa</i>	
Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <i>01/01/1953</i>		Adresse : <i>HABITUEE</i>	
Tél. : <i>26 61 61 79 34</i>		Total des frais engagés : <i>MUPRAS</i> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>11 DEC. 2020</i>			
Date de consultation : <i>03/12/20</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Moufida El Mousa</i> Age : <i>67</i>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i></i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i></i>			
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 : *03/12/20* Le : *03/12/20*

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSE DES RADIOGRAPHIES

ANALYSE ET RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Pathologie et de Radiologie Casablanca 6, Rue des Hopitaux - Casablanca 1er Etage - Casablanca Tél : 05 22 22 13 46/66 - Fax : 05 22 22 14 24	31/12/22	41	2000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

		AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV		

## RELEVE 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 de l'ODP.

Q.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca



CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPECIALISEE  
CASABLANCA

CASAPATH

RECU LE : 03/12/2020  
EDITE LE : 08/12/2020

NOM & PRENOM : MOUFID EL MOSTAFA  
PRESCRIPTEUR : DR RZAL  
AGE : 27 ans  
Code Patient : 068628  
N/REF : 01203911  
ORGANE : VESICULE BILIAIRE-HERNIE

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

VB + Hernie ambical.

#### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

I-Vésicule biliaire: ouverte, mesurant 7,5 cm de long et 4 cm de large au niveau du fond. La paroi est fine. La muqueuse est abrasée focalement. La lumière renferme deux calculs de 0,3 et 0,4cm. Histologiquement, la paroi est essentiellement adipeuse siège de fibrose et de congestion vasculaire avec la présence d'une hyperplasie nerveuse.

II-Hernie: Un fragment mesurant 2x10,5 cm d'aspect adipeux est inclus en totalité. Histologiquement, il s'agit d'une paroi fibro-adipeuse dissociée par de nombreux capillaires congestifs et ponctuée de cellules inflammatoires mononucléées. Elle est tapissée partiellement de cellules mésothéliales régulières et comportent ailleurs, une fibrose avec hyalinisation.

#### CONCLUSION:

- Vésicule biliaire: Cholécystite chronique scléro-atrophique lithiasique en poussée aigue congestive. Absence de signe de malignité.
- Hernie: Remaniements inflammatoires chroniques fibrosants non spécifiques entrant dans le cadre de l'hernie. Absence de malignité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE  
Anatomo-Pathologiste  
Centre de Pathologie Casapath  
6, Rue des Hôpitaux Rés. du Parc  
- Casablanca -  
Tel. : 05 22 22 13 46 - Fax : 05 22 22 14 24

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca



Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

**CASAPATH**

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : *Amal*

Nom et prénom du patient : *Asma El mostafa*

Age : *01/01/1993* Sexe : *H*

Date de prélèvement : *(6 mois) 03/11/16*

Renseignements cliniques et paracliniques :

*VB*

*⊕*

*Amal*

6, Rue des Hôpitaux - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél : 05 22 22 13 46 - Fax : 05 22 22 14 24  
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca

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. Khalid RZAL  
Chirurgien Spécialiste  
182, Bd. Anoual - Casablanca  
Tél : 05 22 86 50 05  
INPE : 091165340  
ICE : 001745623000091



# 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

## FACTURE

REF : 20/8292

Casablanca, le 15/12/2020

Date de facturation 15 / 12 / 2020  
Médecin traitant DR RZAL  
Patient MOUFID EL MOSTAFA - 068628  
Demande **H01203911 - 03/12/2020**

### Liste des examens

cholysstectomie

	A Payer	Dhs
coefficient-P	500,00	455

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc  
1er Etage - Casablanca  
Tel : 05 22 22 13 46/66 - Fax : 05 22 22 14 24