

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-730865

134749

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50063 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Deceler

Nom & Prénom : AAISST ZAHRA JNE RID Aoui Ahmed

Date de naissance : 1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 066624783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 88A

Le : 27 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

sf

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 le Paiement des Actes
27/09/2022		cat	gratuit	INP: 092117671

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE RADIOLOGIE My. D. R. S. 86, Bd. My. Idriss (F. 800 à l'Ecluse) Charles de Fourcaud Rés. Al Jawaher Tél. 0522.86.18.36 / 29-Casablanca	27/09/22	B280	450,00

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

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Latifa BADRE

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : D^r BADHI

Nom et prénom : AAissi Zahna MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 19/09

Référence :

Siège et nature du prélèvement : cell. frottis

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

.....

.....

.....

.....

.....

Radiographies :

.....

.....

Date : 27/09 Signature : الدكتور نور الدين الرادحي

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
MOULAY IDRIS I^{er}
 86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher - Casablanca
 Tél : 05 22 86 18 24 / 06 62 05 99 94
 05 22 86 18 24 / 06 62 05 99 94

شارع مولاي إدريس الأول إقامة الجواهر - الدار البيضاء 86
 86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - Casablanca
 ☎ : +212 522 861 836 - 📠 : +212 522 861 829 - 📠 : 0662 05 99 94

Patente : 36349688 - I.C.E : 001633133000057 - INP : 091024588



Dr. Latifa BADRE
Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 27/09/2022
Date de réponse : 04/10/2022
Sexe : F
Age : 73 ans

N° d'examen : 2209H0785
Nom et Prénom : Mme AAISSI ZAHRA
Médecin traitant : Dr. RADHI

Nature du prélèvement : Vésicule biliaire.

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné comporte la vésicule biliaire parvenue ouverte, mesurant 8 cm de longueur. La paroi est souple. Présence de débris de calculs.

Du point de vue histologique, la paroi vésiculaire montre un revêtement détruit par place, ailleurs assez bien conservé, fait de structures tubulo-glandulaires, coalescentes, tapissées par un revêtement cubo-cylindrique régulier sans signes de dysplasie ni de dédifférenciation. Le chorion est modérément fibreux, inflammatoire, ponctué d'éléments polymorphes, essentiellement lymphocytaires. Les structures glandulaires s'invaginent entre les couches musculaires qui sont amincies, dissociées par de la fibrose, modérément inflammatoire. Cette fibrose s'étend à la sous séreuse qui est siège d'une hyperplasie vasculo-nerveuse.

CONCLUSION : - Cholécystite chronique lithiasique.
- Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. L. BADRE

Dr. BADRE Latifa
Anatomocytologiste
86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - Casablanca
Tél: 0522 86 18 29 / 0662 05 99 94
ICE 001633133000557

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 27/09/2022

Nom & Prénom : AAISSI ZAHRA

N° d'examen : 2209H0785

Date réponse : 04/10/2022

FACTURE N° 22/06610

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Vésicule biliaire.	B280	450,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre cent cinquante Dirhams

Mode règlement : Chèque

Signé : Dr L. BADRE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
MOULAY IDRIS I^{ER}
86, Bd. My Idriss I^{er} (face à l'Ecole
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél : 05 22 86 18 86 / 29-Casablanca
ICE : 001487133000057