

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 : pac@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

M22- 0056110

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214 Société : NP 162203

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOIRDI AZOUZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELOIRDI AZOUZ Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 le Paiement des Actes

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
	06/04/23	PA1818	200000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

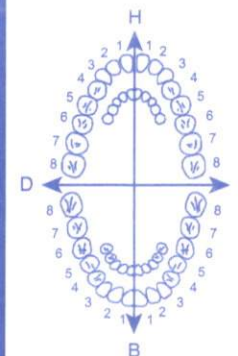
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

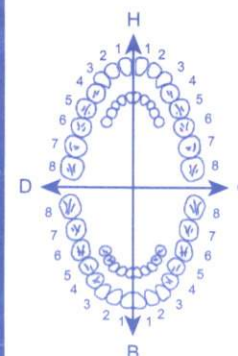
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hamza JABIR
Oncologue Radiothérapeute

Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Médecin de l'institut Gustave-Roussy à Paris
Diplôme de radiothérapie des cancers
ORL université Paris sud



Radiothérapie
Curiothérapie
Chimiothérapie
Soins Palliatifs

الدكتور حمزة جابر
اخصائي في تشخيص و علاج الأورام

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمعهد كوستاف روسي
دبلوم العلاج بالأشعة لسرطان الأذن
و الأنف و الحنجرة - كلية باريس

Casablanca, le :

01/04/2023

M. El Anouar Aggar:

Cher a.

Merci de compléter par

Chab IHC

Je vous remercie



✉ dr.jabir.hamza@gmail.com

☎ 05 22 86 55 68 / 06 61 80 17 08

إقامة رياض عبد المومن. 445A. رقم 14. الطابق الثالث - شارع عبد المومن - الدار البيضاء

Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A, N°14, 3ème étage - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Dr. JABIR Hamza
Oncologue - Radiothérapeute
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A,
N°14, 3ème étage, Bd. Abdelmoumen,
Casablanca

Amman

Dr. Khan

—

Age	:	Réf.	:	I23030915
Sexe	:	Nom du patient	:	EL OIRDI AZZOUZ
Date de prélèvement	:	Date de réception	:	06/04/2023
Date de réponse	:	Préscripteur	:	DR JABIR HAMZA

NATURE DU PRELEVEMENT

BIOPSIE PULMONNAIRE Etude IMMUNOHISTOCHIMIE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

L'étude immunohistochimique montre.

Une négativité du **TTF1**;

Une positivité du **P40**.

CONCLUSION:

Carcinome épidermoïde peu différencié.

Signé : Dr. Hicham EL ATTAR

ANNASR PATHOLOGY CENTER
Dr. EL ATTAR Hicham
3 Rue de Tunis, El Jadida Maroc
Fixe : 05 08 50 60 93 - Tel : 06 62 76 57
E-mail : cpa86513@gmail.com
ICE : 001656784000031

ANNASR PATHOLOGY CENTER

FACTURE

REF : FA23002017

Demande **I23030915 - 06/04/2023**
Médecin traitant DR JABIR HAMZA
Patient EL OIRDI AZZOUZ - 043026
Date de facturation 06 / 04 / 2023

Liste des examens

Etude IMMUNOHISTOCHIMIE

A Payer 2 000,00 Dhs

coefficient-P 1818

Mode de règlement

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS

ANNASR PATHOLOGY CENTRE
Dr. EL ATTAR Hicham
3 Rue de Tunis, El Jadida-Moroc
Fixe : 05 05 50 60 93 - Tel : 06 62 76 57 67
E-mail : cpe86513@gmail.com
ICE : 001656784000031

Adresse : 3 Rue de Tunis, El Jadida Maroc

Tel: 08 08 50 60 93 / 06 62 76 57 67 - Fax: 05 23 33 69 42 E-mail: centrepeth.eljadida@gmail.com

IF : 14413629 ICE : 001656784000031 PATENTE: 42200323 INPE : 091024638