

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0013520

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 609

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJI NAIMA

Date de naissance : 18/02/1958

Adresse : 22 Rue Talha el adawia Lagirande

CASABLANCA

Tél. : 0660250862

Total des frais engagés : 400,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/7/2023

Nom et prénom du malade : Naji Naima

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

### 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



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

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr. ABRID Jamal Eddin</b> <b>Spécialiste en</b> <b>Anatomo - Cytopathologie</b> <b>INPE: 161001987</b>	17/07/2023	B360	400 DH

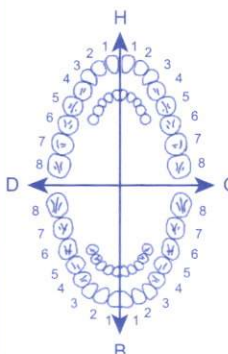
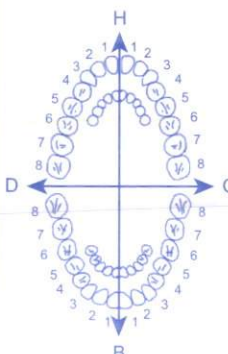
[illegible]

## 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 <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مختبر التشريح الدقيق

**DEMANDE D'EXAMEN**

Nom et prénom :

Age :

Médecin demandeur :

prélevé-le :

Localisation :

Reçu-le :

Type de prélèvement :

☒ Cytologie

☐ Biopsie

☐ Biopsies multiples

☐ Petite pièce opératoire

☐ Pièce opératoire simple

☐ Pièce opératoire complexe

☐ Etude immunohistochimique

☐ Autres

Prélèvement(s) Antérieur(s) :

Rappel Clinique :

Diagnostics évoqués :

DR. TAIEB BEN-SBIH  
CHIRURGIE GENERALE  
CLINIQUE INTERNATIONALE DU N°3  
TETOUAN  
INPE 161 139 886

Dr. ABRID Jamal Eddin  
Spécialiste en  
Anatomo - Cytopathologie  
INPE: 161001987



**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
Dr ABRID Jamaleddin**

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

Prise en charge N°

NC

NAJI NAIMA

FACTURE N° 30979

Facturé le : 17/07/2023

**Analyses :**

LIQUIDE

B 360,00

**Total analyses :** 400,00 Dh

**Prélèvements :**

**Total Prélèvements :** 0,00 Dh

Total <<B>>

360

**Soit un montant total :**

400,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

**Dr. ABRID Jamal Eddin**  
Spécialiste en  
Anatomo - Cytopathologie  
INPE: 161001987

## مختبر التشريح الدقيق

3071415835

Reçu-le : 14/07/2023

Prescripteur : Dr. BENSBIH

123G9515

NAJI NAIMA

Né(e) : 18/02/1952

ANTERIORITES :

Tétouan, le 17/07/2023

*Cher confrère nous vous remercions pour votre confiance*

### COMPTE-RENDU D'EXAMEN CYTOLOGIE

RAPPEL CLINIQUE :

Ascite

Echographie : masse pelvienne.

5 cc d'un liquide jaunâtre strié de sang.

Cytocentrifugation (coloration papanicolaou).

Les étalements réalisés montrent la présence d'amas cellulaires tridimensionnels. Ils sont constitués de cellules dotées de noyaux chevauchés, anisocaryotiques et hyperchromatiques. Leur cytoplasme est par places vacuolisé.

Le fond est hémorragique.

CONCLUSION :

*Présence de cellules atypiques d'allure carcinomateuse.*

*Un contrôle biopsique et nécessaire.*

Dr. ABRID Jama Eddin  
Spécialiste en  
Anatomo - Cytopathologie  
INPE: 161801987

Doit être envoyé à la Caisse pour tous les actes signalés à la nomenclature des actes professionnels par la lettre B, ainsi que pour les actes pratiqués en série (1), sauf les consultations, visites et injections cotées 0,75 et 1. Ce bulletin doit être adressé le jour où l'acte a été effectué, il constitue un simple avis permettant à la caisse de déclencher (éventuellement) le contrôle et ne comporte pas de réponse.

Doit être envoyée à la Caisse pour tous les actes signalés à la nomenclature des actes professionnels par la lettre E, la caisse informe l'intéressé de sa décision si celle-ci ne parvient pas à l'adhérent dans les 15 jours qui suivent l'envoi de la formule, son acceptation est considérée comme acquise. Toutefois, en cas d'urgence caractérisée, l'acte ou les actes peuvent être dispensés, sans qu'il soit besoin d'attendre l'accord de la caisse.

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Adhérent - Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--

Nom, prénoms

Adresse

Bénéficiaires-Degré de parenté

Date de naissance

Nom, prénoms

Adresse où le malade peut être visité

Signature de l'Adhérent

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

LE MÉDECIN, LE CHIRURGIEN, LE SPÉCIALISTE,

L'AUXILIAIRE MÉDICAL (1) soussigné :

- Se propose de dispenser (2)

- Demande l'autorisation préalable en vue de dispenser (2)

au malade désigné ci-dessus :

Un acte coté à la nomenclature

*liquide*

(indiquatif : chiffre-clé et coefficient de l'acte)

Une série d'actes cotés à la nomenclature

*B 360*

(indiquatif : chiffre-clé et coefficient de ces actes)

Signature de la prescription (sous pli confidentiel)

Cadre du praticien

**Dr. ABRID Jamal Eddin**  
Spécialiste en  
Anatomo - Cytopathologie  
INPE: 161001987

Date *17/07/2023*  
Signature du praticien

Faciliter la tâche du Contrôle Médical,  
En cas des prestations, l'adhérent est  
à l'usage personnel, au médecin traitant,  
déclarant l'état clinique et précisant la  
date au bulletin ou à la demande d'entente  
d'opinion,

La note, sous pli fermé, sera jointe par  
l'information ou à la demande d'entente  
et expédiée isolément. Elle ne sera ouverte  
qu'au médecin. A défaut de cette note, le médecin  
si qu'il le juge nécessaire, se mettra en  
contact avec le médecin traitant.

MINISTRE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PREVOYANCE SOCIALE

B.P. 209  
RABAT