

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.

M22- 0013520

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : CO 9

Société : 172199

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : NAJI NAIMA

Date de naissance : 18/02/1958

Adresse : 22 Rue Taliba el adouia La gironde

CASA BLANCA

Tél. : 06 60 95 08 69 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

I.R. TAIEB BEN-SBIH
CHIRURGIE GENERALE
NIQUE INTERNATIONALE DU N
FETOUAN
139 886

Date de consultation : 14/7/2013

Nom et prénom du malade : Naj Naima Age : 71

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ASC

Carcinocœcum

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Pathologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ABRID Jamal Eddin Spécialiste en Anatomo - Cytopathologie INPE: 161001987	17/07/2023	B 360	400 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

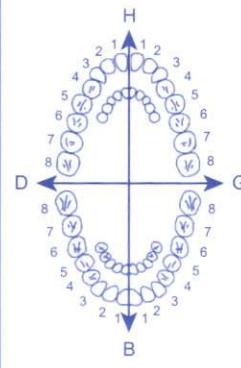
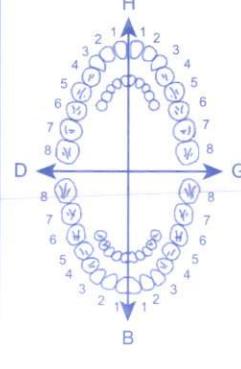
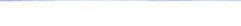
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXECUTION





مختبر التشريح الدقيق

DEMANDE D'EXAMEN

Nom et prénom :

Age:

Medecin demandeur :

prélevé-le : 14/7/23

Localisation :

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:

Ascius (cancer)
 Echo : Nette présence (?)

Diagnostics évoqués:

DR. TAIEB BEN-SBIH
 CHIRURGIE GENERALE
 INIQUE INTERNATIONAIE DU N
 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 :

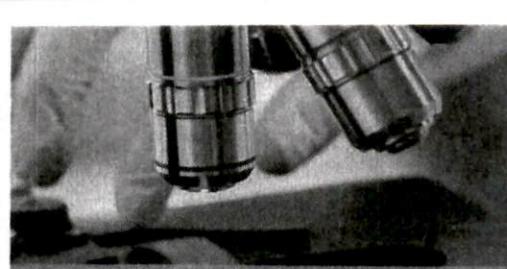
	Total Prélèvements :	0,00 Dh
--	----------------------	---------

Total <> 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



Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

الدكتور أبريد جمال الدين
خريج كلية الطب بنين (فرنسا)

Dr. Abrid Jamaleddin
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Rennes (France)

مختبر التشریح 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 dôtées 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 Jamaleddin
Spécialiste en
Anatomo - Cytopathologie
INPE: 161001987

شارع خالد بن الوليد عمارة سعد (149) رقم 3 تطوان- هاتف/فاكس : 0539710359

Rue Khalid Ibn Oualid, Imm. Saad (149) N°3 - Tétouan- Tél/Fax: 0539710359

Lab
J. Abrid

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 en 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 MEDECIN, LE CHIRURGIEN, LE SPECIALISTE,
L'AUXILIAIRES MEDICAL (1) soussigné : _____

- Se propose de dispenser (2)

- Demande l'entente préalable en vue de dispenser (2)
au malade désigné ci-dessus : _____

Un acte coté à la nomenclature : _____

liquide

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

Une série d'actes cotés à la nomenclature : _____

B 360

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

Numéro de la prescription (sous préconfidentialité) : _____

Signature du praticien : _____

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

*17/07/2023
Signature du praticien*

éliter la tâche du Contrôle Médical.
ent des prestations, l'adhérent est
usage personnel, au médecin traitant,
ernant l'état clinique et précisant la
s au bulletin ou à la demande d'entente
on,

acée, sous pli fermé, sera jointe par
l'information ou à la demande d'entente
xpédiée isolément. Elle ne sera ouverte
tenu. A défaut de cette note, le médecin
s qu'il le juge nécessaire, se mettra en
n traitant.

É NATIONALE DES ORGANISMES
DE PREVOYANCE SOCIALE

B.P. 209
RABAT