

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0010590

199961

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7712 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABOUASSA Amin
 Date de naissance : 01-03-61
 Adresse : 7 Rue ISHAK BNOU HGWINE
 2405 Taarj
 Tél. : Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Oumtoul BELAMLIH MAOUI
Oncologue Médical - Cancérologue
09, Rue Abou Maâcharn Qu. Les Hôpitaux
2ème Etage - Tél : 06 61 40 95 12
INPE : 091261867


Date de consultation : 31/10/2023
 Nom et prénom du malade : ABOUASSA Amin Age : 62
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer du sein
 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 : 09/11/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 09/11/23

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
31/10/2023			300	
08/11/2023			CG	

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
	03/11/2023	150	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

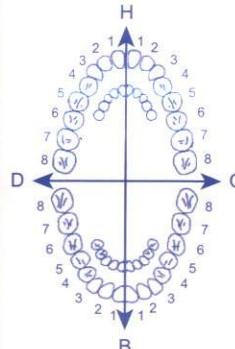
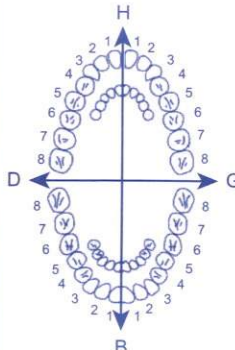
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Oncologie les Hôpitaux

Dr Oumlreit BELLAMLIH MAMOU

Spécialiste en Oncologie médicale / Cancérologie

- Ancienne interne et résidente des hôpitaux tunisiens
- Diplômée en Carcinologie Clinique de l'Université PARIS SUD
- Diplômée en soins palliatifs et traitement de la douleur



091261867

عيادة طب الأورام المستشفيات

الدكتورة أم الغيث بلملح مامو

أخصائية في طب الأورام
إستكشاف، تشخيص و علاج الأورام



Casablanca le 31/03/2023

Mme ABOU, SSA Amina -

Statut NSS / NSI

N°REF : 2061 89 35

Centre de Pédiatrie Spécialisée Casablanca
CASA-MATH
6, Rue des Hôpitaux Résidence du parc
1er Etage N° 1 - Casablanca
Tél: 05 22 22 33 45 - Fax: 05 22 22 16 23

Dr. Oumlreit BELLAMLIH MAMOU
Oncologue Médical - Cancérologue
09, Rue Abou Maâchar, Qu. Les Hôpitaux
2ème Etage - Tél : 06 61 40 95 13
INPE: 091261867

Dr. Amal BENKIRANE

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



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

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

RECU LE : 03/11/2023

EDITE LE : 07/11/2023

NOM & PRENOM : ABOUAISSA AMINA

PRESCRIPTEUR : Dr. OUMLEIT BELLAMLIH MAMOU

AGE : / ans

Code Patient : 093773

N/REF : 20618935

ORGANE : Parties molles. MSI

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Néo du sein métastatique HER23+

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

**ETUDE IMMUNOHISTIOCHIMIQUE SUR COUPE EN PARAFFINE SUR AUTOMATE
BENCHMARK DE VENTANA :**

TUMEUR :

- hMLH1 : positif.
- hMSH2 : positif.
- hMSH6 : positif.
- PMS2 : positif.

MUQUEUSE SAINE

- hMLH1 : positif.
- hMSH2 : positif.
- hMSH6 : positif.
- PMS2 : positif.

CONCLUSION :

Pas de perte d'expression par les cellules tumorales des 4 protéines MMR (hMLH1, hMSH2, hMSH6, PMS2).

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie Casapath

5, Rue des Hôpitaux 80, 1^{er} étage Casablanca

Tél: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24

Pr. Lamia JABRI

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie-Casapath

6, Rue des Hôpitaux

Résidence du Parc Casablanca

Tél: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24

INPE : 091024670



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 003224214000036 IF 40204512

FACTURE

REF : 23/14113

Date de facturation 03 / 11 / 2023
Médecin traitant Dr. OUMLEIT BELLAMLIH MAMOU
Patient ABOUAISSA AMINA - 093773
Demande **K20618935 - 03/11/2023**

Liste des examens

MSI

Total 1 500,00 Dhs
coefficient-P 1364

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
CASAPATH
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc
1er étage N°1 - Casablanca
Tél: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24