

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° W19-499176

14255

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6045 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAKIN

Date de naissance : 17/10/65

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

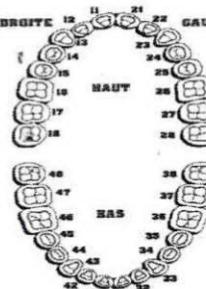
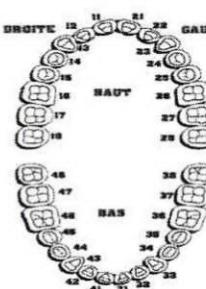
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 DEC. 2019


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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES									
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.									
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>					
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> Fin de <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 25533412 00000000 00000000 35533411 </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(Création, Remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
H									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								
G									
Je soussigné, dentiste, certifie que le présent devis est exact et conforme à la réalité.		Je soussigné, patient, certifie que le présent devis est exact et conforme à la réalité.							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> VOLET ADHERENT </div> <div> NOM : </div> <div> Mle </div> </div>									
DECLARATION N°		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-size: large;">W18-353312</div>							
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes							
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.									

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	W18-353312	DATE DE DEPOT / / 201.....	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Signature et cachet du médecin	
Nom & Prénom MOUSTAKIN	Mle 6445		
Fonction : COB	Phones :		
Mail :			
MEDECIN			
Prénom du patient Dr. Rahma		Signature et cachet du médecin	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 54 ans		Date 05/12/19
Nature de la maladie Goutte RHAN.			Date 1ère visite :
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes C2	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 6	
PHARMACIE			
Date 05/12/19		Signature et cachet de la Pharmacie	
Montant de la facture 48,60			
Date 05/12/19			
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Désignation des Coefficients 05-12-19		Date 05/12/19	
Montant détaillé des Honoraires 800,00		Signature et cachet de la Pharmacie	
Montant détaillé des Honoraires 800,00			
Montant détaillé des Honoraires 800,00			
Montant détaillé des Honoraires 800,00			
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Nombre		Date :	
AM	PC	IM	
IV	Montant détaillé des Honoraires		



Dr DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

Casablanca le :

Nastikani
34,60
4 - Avril
500



3/6
32
141 -
Délivrance
1000 mg
48,60
1000 mg
1000 mg



Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16

IRM HAUT CHAMPS 1,5T - SCANNER MULTIBARRETTES - RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE - ECHOGRAFIE 3D/4D - DOPPLER COULEUR
PANORAMIQUE DENTAIRE - TÉLÉRADIOGRAPHIE - OSTÉODENSITOMÉTRIE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

الدكتورة رشيدة كروم

**Spécialiste en endocrinologie
diabétologie, Maladies métaboliques,**

(Diabète, Goitre, Hypertension artérielle, Cholestérol, Troubles de la croissance, Pathologie surrénale et hypophyse)

أخصائية في أمراض الغدد
والسكري والأمراض الأيضية

(مرض السكري، الغدة الدرقية، الضغط الدموي، كوليسيترول إختلالات النمو، الغدة النخامية)

casablanca , le: 05/2/2019 الدار البيضاء في:

Dr. Rustakin
Hohamed

Module 4 Module LG
16 x 67
a

Cytoprotection échogénique
du muscle.

Dr. Rachida KERROUM
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies métaboliques
Avenue Abou Bakr el Kadiri Rés. Anfad
Imme. E N°02 Sidi Maârouf, Casablanca
Tél: 05 22 78 05 89 - GSM: 06 96 07 03 09

شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد عمارة E رقم 2 سيدي معروف، أولاد حدو - الدار البيضاء
Avenue Abou bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Imm E, N° 2 - Sidi Maârouf.
Ouled Haddou, Casablanca - Tél.: 05 22 78 05 89 / 07 07 71 53 14

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 05/12/2019

FACTURE N° 2071/2019

NOM & PRENOM : MOUSTAKIM MOHAMED

EXAMEN	MONTANT
CYTOPONCTION	huit cents (800 DH)
TOTAL	800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de huit cents (800 DH) DHTTC

05 22 58 10 16
RADIOLOGIE
EL MOUSTAKBAL

INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052

FACTURE

REF : FA19008040

EL JADIDA, le 09/12/2019

Date de facturation 05 / 12 / 2019
Médecin traitant DAMI KHALID
Patient MOUSTAKIM MOHAMED - 007643
Demande **C19120126 - 05/12/2019**

Liste des examens

CYTOPONCTION THYROIDIENNE

A Payer 400,00 Dhs
coefficient-P 364

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

3 Rue de Tunis, El Jadida
Casablanca/Maroc
Annasr Pathology Center
Tél : 08 08 50 60 93
Fax : 05 23 33 69 42
ccab6513@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 : centrep.th.eljadida@gmail.com

IF : 14413629

ICE : 001656784000031

PATENTE: 42200323

INPE : 091024638

Age	:	Réf.	: C19120126
Sexe	: M	Nom du patient	: MOUSTAKIM MOHAMED
Date de prélèvement	: 05/12/2019	Date de réception	: 05/12/2019
Date de réponse	: 09/12/2019	Prescripteur	: DAMI KHALID

NATURE DU PRELEVEMENT

CYTOPONCTION THYROIDIENNE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nodule thyroïdien LG 16 x 6,7 cm dur à la palpation. Cytoponction écho-guidée du nodule.


Une cytoponction de nodule thyroïdien a été reçue (3 lames et un flacon milieu liquide).

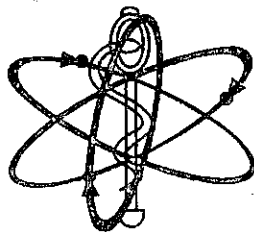
Les différents étalements montrent un fond hémorragique, et renfermant de rares cellules épithéliales vésiculaires isolées ou en amas (moins de 4 par amas), régulières.

CONCLUSION : - Cytologie thyroïdienne de cellularité faible, avec présence de cellules dystrophiques.

- BETHESDA CATEGORIE II.

Signé : Dr. Hicham EL ATTAR


3 Rue de Tunis, El Jadida
Casablanca/Maroc
Tél : 08 08 50 60 93
Fax : 05 23 33 69 42
cpa86513@gmail.com
ICE : 001656784000031
INPE : 091024638 - IF : 14413629 - ICE : 001656784000031 - Patente : 42200323



Mr Mohamed MOUSTAKIM

Né(e) le : 17-10-1965

Dossier N° : 1912070047

Date de l'examen : 07-12-2019

Prélevé le : 07-12-2019 10:31 en interne

Edité le : 09-12-2019

DR : RACHIDA KERROUM

Adresse : HOPITAL MOHAMED BOUAFI CASABLANCA

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BIOCHIMIE SANGUINE

5.0 % (4.0-6.0)

EXAMENS

HBA1c [AC]

-- (HPLC - TOSOH (-sang-total EDTA))--

BILAN THYROIDIEN

échantillon primaire : sérum

TSHus [AC]

1.31 μ UI/ml (0.27-4.20)

((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

Changement de technique et de valeurs normales à partir 24/07/2017.

T4 L [AC]

11.56 pg/ml (9.94-15.84)

((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

14.88 pmol/l (12.79-20.39)

Changement de technique et de valeurs normales à partir du 10/08/2017.

MARQUEURS TUMORAUX

échantillon primaire : sérum

PSA Total [AC]

1.250 ng/mL (<3.100)

((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

Changement de technique et de valeurs normales à partir du 04/08/2017.

(Signature)
Fekkak Jamal