

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.

Maladie et Affection (exclusif) Puré AID et AIG)

- 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 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-499176

14255

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	60145	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUSTAKIN			
Date de naissance : 17/10/65			
Adresse :			
Télé. :	Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/		
Nom et prénom du malade :	MAURICE	Age :	65
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Maladie de l'œil		
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 p/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 :

Signature de l'adhérent(e)

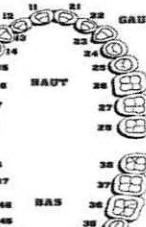
[Handwritten signature]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des												
					<input type="text"/>												
					Montant des soins <input type="text"/>												
					Début d'exécution <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right; padding-right: 5px;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-right: 5px;">H</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-right: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			D	H	G	00000000	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
D	H	G															
00000000	25533412	21433552															
00000000	00000000	00000000															
00000000	35533411	11433553															
		<p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>												
					Fin de <input type="text"/>												
<i>Signature et date au bas de la feuille accompagnée de deux</i>			<i>VISA et date de la présentation et début d'exécution</i>														
VOLET ADHERENT		NOM : Mle															
DECLARATION N°		W18-353312															
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																	



W18-353312

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 6445	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom MOUSTAKIN n°6			Date de naissance de l'adhérent
Fonction CDB		Phones	Signature de l'adhérent
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient M. Doha 05		
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	Shams Date 05/12/2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Goutte DTHN.			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2			6.
PHARMACIE	Date 05/12/19		
Montant de la facture 48,60			
ANALYSES - RADIOPHARMACIE Date 05.12.19			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
05.12.19		800,00 CT scan DR. DAMI Khalid	
PC		P 264 1100 NT	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : 05.12.19			
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			
Dr. Hmam Pathology Tel: 08 08 50 60 93 Center Fax: 05 23 33 69 42 cpa86513@gmail.com ICE : 00165678400000			



Dr DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

Casablanca le :

10513
PPV: 14DH01
PER: 02/21
LOT: H395

34,6 - Amtekan' Astan
- Amoxil 500
34,6 - A gel 34
34,6 - Polipraue 1000 mg
42,6 - Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale

PHARMACIE
DR. FA
NO PASTÉ
UNVANE C
TEL: 09

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 - ECHOGRAPHIE 3D/4D - DOPPLER COULEUR
PANORAMIQUE DENTAIRE - TÉLÉRADIOGRAPHIE - OSTÉODENSITOMÉTRIE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Dr. Rachida KERROUM

**Spécialiste en endocrinologie
diabétologie, Maladies métaboliques,**
(Diabète, Goître, Hypertension artérielle,
Cholestérol, Troubles de la croissance,
Pathologie surrenale et hypophyse)

الدكتورة رشيدة كروم

أخصائية في أمراض الغدد والسكري والأمراض الأيضية

(مرض السكري، الغدة الدرقية، الضغط الدموي،
كوليسترون احتلالات النمو، الغدة النخامية)

الدار البيضاء في: 05/12/2019 casablanca , le:

Dr. Rustamir
Wolna et

Nashville + ~~Memphis~~ ^{Memphis} LG.

16 x 67 Rue de Tunis, Casablanca/Maroc
Tél: 05 23 33 69 42
E-mail: 3000003@gmail.com
ICE: 3000003

cytostimulation échoguidée
de nos jours.

Dr. Rachida KERROUM
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologue, Maladies Métaboliques
Avocat, Atou Rahr El Kadid Rés. Ahfad
Immeuble N°02 Sidi Maâzour - Casablanca
Tél: 05 22 78 05 89 - GSM: 06 96 07 03 99

شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد عمارة E رقم 2 سيدى 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 1

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**

TEL: 05 22 58 10 16
 EL MOUSTAKBAL
 RADIOLOGIE

INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 30101452
 INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052

ANNASR PATHOLOGY CENTER

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



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 : centrepath.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	Préscripteur : 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 : 06 08 50 60 93
Fax : 05 23 33 69 42
cpa86513@gmail.com
ICE : 001656784000031

Annasr
Pathology
Center

Patente : 42200323

Patente Pathologique

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction

Mr Mohamed MOUSTAKIM

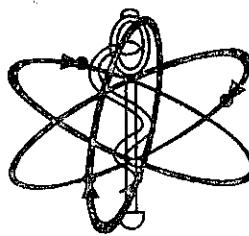
Né(e) le : 17-10-1965

Dossier N° : 1912070047

Date de l'examen : 07-12-2019

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

Édité le : 09-12-2019



ستر انوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

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)

BILAN THYROIDIEN

échantillon primaire : sérum

1.31 µUI/ml (0.27-4.20)

TSHus [AC]
((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

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

T4 L [AC]
((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

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

MARQUEURS TUMORAUX

échantillon primaire : sérum

1.250 ng/mL (<3.100)

PSA Total [AC]
((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

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