

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 - Tel : 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

N° W19-527710

N°D: 34755

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 64 15 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GOURRY LHASMAVE

Date de naissance : 31/07/1970

Adresse : No 31, Rue des oranges
M. Sebba Case

Tél : 0654339113 Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr EL OMARI Med Zakaria
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Gsm: 0660 97 96 93 Tél: 0522 86 02 10
101175933

Date de consultation : 27/07/2020

Nom et prénom du malade : Leini al...

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

Age : 40

Nature de la maladie : Leini al...

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.

Je 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.

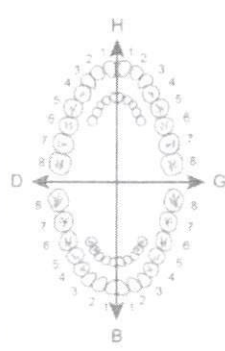
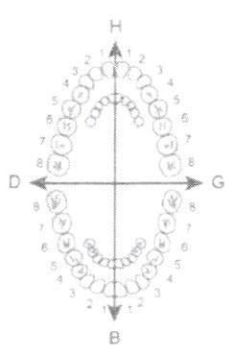
Fait à : Casa Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/07/2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
20/07/22	C S			Dr. El OMARI Med Zakaria Spécialiste en Anesthésie Réanimation Gsm: 0660 97 96 98 / 0522 86 02 10 101175933

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
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE LABORATOIRE D'IDRISS 86 Bd. M. El Driss 1er (Face à l'ancien Ch. de l'Ind. Aériale) Rés. Al Jawher Casablanca 26 / 09 / 2022	26/09/22	B 280	550.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	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 مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Dr EL OMARI Med Zakaria

Spécialiste en Anesthésie Réanimation

Gsm: 0660 97 96 93 Tél: 0522 86 02 10

101175233

Ordonnance du docteur : 101175233

Nom et prénom : HAJAR GEURTY MR ☐ MME ☐ MLLE ☒ ENF ☐

Age : 22 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Nose nas claviculaire

Cytologie : phlegmonose.

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☒ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

- Nose, cutané phlegmonose
multifocale, spontanée, localisation
spontanée, claviculaire, purulente

Radiographies :

Date : 10.01.20 Signature :

Dr EL OMARI Med Zakaria
Spécialiste en Anesthésie Réanimation
Gsm: 0660 97 96 93 Tél: 0522 86 02 10
101175233

شارع مولاي إدريس الأول إقامة الجواهر - الدار البيضاء 86

86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - Casablanca

☎ : +212 522 861 836 - ☎ : +212 522 861 829 - ☎ : 0662 05 99 94

Patente : 36349688 - I.C.E : 001633133000057 - INP : 091024588



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 10/07/2020

N° d'examen : 2007H0293

Date de réponse : 16/07/2020

Nom et Prénom : Mlle HAJAR GOURTY

Sexe : F

Médecin traitant : Dr. EL OMARI

Age : 22 ans

Nature du prélèvement : Masse sus claviculaire

Renseignements cliniques : Masses cutanées phlegmoneuses multiples avec fistulisation spontanée et écoulement purulent.

COMPTE RENDU

Le prélèvement communiqué comporte plusieurs fragments, mesurant entre 0,5 cm et 1,8x1x0,5 cm. Ils sont inclus en totalité et examinés sur plusieurs niveaux de coupe.

Histologiquement, ils montrent du tissu fibro-adipeux siège de solutions de continuité, comblées par des nappes d'histiocytes spumeux, et des cellules épithélioïdes parfois organisées en follicules et associées à des cellules géantes de type Langhans. Ces cavités sont entourées par un infiltrat inflammatoire polymorphe, fait de lymphocytes, de plasmocytes et de nombreux histiocytes et cellules épithélioïdes. Il s'y associe une hyperplasie des vaisseaux capillaires. Il n'est pas retrouvé d'agent pathogène.

CONCLUSION : Remaniements inflammatoires granulomateux fistulisés sans nécrose caséeuse, évoquant en premier une tuberculose, à confronter au reste du bilan.
Absence de signe de malignité

Signé : Dr RAIS Meryem

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
MY IDRIS I^{er}
86 Bd My Idriss 1^{er} (Face à l'École
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
522 86 18 36 / 29 - Casablanca

Signé : Dr L. BADRE

Dr. BADRE Latifa
Anatomocytologiste
86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 18 29
ICE : 001633133000057
CASABLANCA

