

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19-0030786

NPD. 34511

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 31 Avenue Hassan Benbrikai CASA

Tél. : 0661 31 66 64

Total des frais engagés : 6.00 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 :

Dans le cas où la maladie nécessiterait une visite à domicile, 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 : 23 JUL 2020

Signature de l'adhérent(e) : Le : 22/07/2020

ACCUEIL

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
My no	My		300000	M. Abdeljabbar LAHLOU Généraliste 29 Av. Hassan II Tunis - Tunisie

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
L. A. C.R. B2, Rue Mousca Ibhou Noussair Tél : 022.20.84.03 / 20.24.30 Fax : 022.20.24.31 - CASABLANCA	11/05/20	P273	3000.00

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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in two rows of six. Each tooth is accompanied by a symbol: a circle with a vertical line for upper teeth and a circle with a horizontal line for lower teeth. The symbols are as follows:

- Tooth 1: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 2: Circle with horizontal line (lower)
- Tooth 3: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 4: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 5: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 6: Circle with horizontal line (lower)
- Tooth 7: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 8: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 9: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 10: Circle with horizontal line (lower)
- Tooth 11: Circle with vertical line (upper)
- Tooth 12: Circle with vertical line (upper)

The arch is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PATHOLOGIE - DOCTEUR HAMAMSI M. TAOUIFIK

**anatomocytopathologiste
diplome de la faculte de medecine de nancy**

Age : 57 ans
Sexe : F
Date de prélèvement : 11/05/2020
Date de réponse : 14/05/2020

Réf. : C20050062
Nom du patient : BENDAOUD SAMIRA
Date de réception : 11/05/2020
Préscripteur : LAHLOU ABDELILAH

NATURE DU PRELEVEMENT

FROTTIS MONOCOUCHE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Frottis cervico-utérin en milieu liquide.

Présence de cellules parabasales, à noyau hyperchrome, atypiques avec une augmentation du rapport nucléo-cytoplasmique. Le cytoplasme est faiblement basophile. Il existe en outre des placards de cellules cylindriques parfois atypiques.

Le fond est hémorragique.

CONCLUSION

- Présence d'atypies cellulaires ne pouvant éliminer une dysplasie de Haut grade (ASC- H)
- Une biopsie du col est indiquée.

Médecin remplaçant
Pr. HICHAM EL ATTAR

L. A. C. P.
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Tél. 0522.26.84.03 / 20.24.30
Fax: 0522.20.24.31 - CASABLANCA

Dr. EL ATTAR Hicham
Anatomie Pathologique

Laboratoire d'Anatomie Cytologie Pathologiques

FACTURE

REF : FA20000222

Casablanca, le 11/05/2020

Date de facturation 11 / 05 / 2020
Médecin traitant LAHLOU ABDELILAH
Patient BENDAOUD SAMIRA - 000849
Demande **C20050062 - 11/05/2020**

Liste des examens

FROTTIS DE DEPISTAGE

A Payer	300,00	Dhs
coefficient-P	273	

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

L. A. C. P.
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Tél : 022.26.84.03 / 20.24.30
Fax : 022.20.24.31 - CASABLANCA

82, RUE MOUSSA IBNOU NOUSSAIR-CASABLANCA 20060-

Tel : 05.22.26.84.03 / 05.22. 20.24.30 Fax : 05.22. 20.24.31 Email ; labolaep@gmail.com

CNSS ; 1293688 ; Patente : 35507788 , ICE : 001784529000042 ; IF : 40 407 150 ; TVA : 704510 ; INPE: 091071720