

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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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

N° W19-554531

N° D.
34996

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3482	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ADEL Abdelhamid			
Date de naissance : 18/04/52			
Adresse : 23 Rue Ibnou Habbib - Maatif - CASA			
Tél. : 06 61 31 15 42	Total des frais engagés : 800,00 - Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : El hou Rabea 18 JUIL 2020			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : *Gosseblawea* **Le :** *21/7/2020*
Signature de l'adhérent(e) : *3482*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-554531
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 3482	
Nom de l'adhérent(e) : ADEL - Abdelhamid	
Total des frais engagés : 800,00	
Date de dépôt : 21/7/2020	

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 INP : <input type="text"/>

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
<i>Centre de Radiologie et d'Anatomopathologie</i> 6, Rue de l'Hôpital Casanova Résidence du Puy Casanova Tél. : 03 22 22 13 06 Fax : 05 22 04 60 04	07/07/88	<i>hif</i>	<i>80000</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

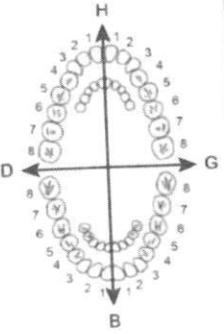
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



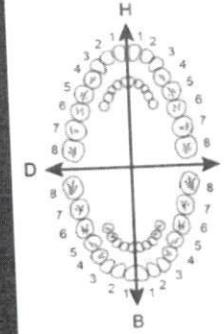
O.D.F.
PROTHESSES DENTAIRES

H	G

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
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

RECU LE : 07/07/2020
EDITE LE : 12/07/2020

NOM & PRENOM : EL HAOU RABIA
PRESCRIPTEUR : Pr. NADIR SALWA
AGE : 65 ans
Code Patient : 062475
N/REF : 00707719
ORGANE : OESOPHAGE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Lymphome médiastinal/chimiothérapie/Contrôle endoscopique - formation oblongue d'allure sous muqueuse œsophagienne dure aux biopsies + ulcération cardiale.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

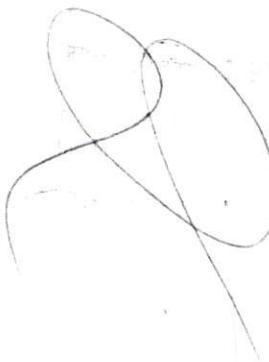
I- Deux fragments biopsiques mesurant 0,2 cm chacun sont inclus en totalité et examinés sur plusieurs niveaux de coupe. Ils proviennent d'une muqueuse œsophagienne à revêtement de surface hyperplasique papillomateux siège d'une importante exocytose d'éléments inflammatoires polymorphes. Le chorion sous-jacent est oedémato-congestive inflammatoire. Il n'est pas vu de muqueuse spécialisée ni lésion spécifique malgré les nombreuses recoupes.

II- Douze fragments biopsiques mesurant entre 0,1 cm et 0,2cm sont inclus en totalité et examinés sur plusieurs niveaux de coupe. Ils proviennent d'une muqueuse œsophagienne à revêtement de surface hyperplasique acanthosique du même aspect histologique sus-décris.

CONCLUSION :

- Remaniements inflammatoires chroniques en poussée aigue oedémato-congestive de la muqueuse œsophagienne sans spécificité.
- Absence de malignité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE





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 001624540000044

FACTURE

REF : 20/4265

Casablanca, le 14/07/2020

Date de facturation 14 / 07 / 2020
Médecin traitant Pr. NADIR SALWA
Patient EL HAOU RABIA - 062475
Demande **H00707719 - 07/07/2020**

Liste des examens

A Payer	800,00	Dhs
coefficient-P	727	

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

Pr. Amal BECHRAINE
Centre d'Anatomie Pathologique
Centre de Pathologie Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tel: 05 22 22 13 46/66 - Fax: 05 22 22 14 24
NIP: 091024604

Dr. Amal BENK'RANE

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



Dr. Lamia JABRI

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

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : Pr. NADIR

Nom et prénom du patient : Mme EL HADJ RABIA

Age Née en 1955 Sexe : F

Date de prélèvement : 07/07/2020

Renseignements cliniques et paracliniques :

Lymphome mediastinal / Biopsie /
Cathéter sous thoracique /
fréquence oblique à l'allée
haut répétée octobre / fin
dans deux hôpitaux + récidive

Organe prélevé : larynx

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles :

Parité

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet

