

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

- 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° W19-479083

ND42431

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 2020 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot Meknès Hami Rue 3 N° 25 OULFA

CASA

Tél. : 06 99 59 95 962 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABDI BENESSA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fibrose kystique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-479083

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

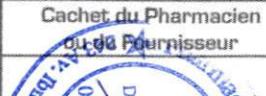
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricole :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou de Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie LA MOSAÏQUE Koudia KOUADIO Dr. El Hadj Pharmaciens Tel : 03 24 78 46 68 B.P. 107, Abidjan, Côte d'Ivoire	26.08.2022	325.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/09/20	P 682	750,00

— 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 canalaire, 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"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

مختبر التشريح المرضي سوس

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE

PATHOLOGIQUES SOUSS

دیکٹور ودیع قاموس



الدكتور وديع قاموس

Dr. OUADIE QAMOUSS

- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaires
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-pompidou
- Diplômé en néphropathologie de l'université Paris XI
- خريج كلية الطب والصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
- اختصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du DR. :

- Mr, Mme, Melle, Enft :

- Age : 45 ans

Dr. OUADIE QAMOUSS

Date du prélèvement :

26/08/2008

HITOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE

- Organe :

- Nombre du prélèvement :

CYTOLOGIE :

- Organe :

- Nombre du prélèvement :

* FCV : Vagin Exo Endo

Couche - Mince

- Date des derniers règles :

- Mode de contraception :

- Traitement récent :

* Autres cytologies :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

UL myosite
Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB
3rd quartier Clinique Al Akhawayn
E-mail: laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

QUESTIONS

EXAMEN ANT (Réf.)

N° 36, 4th Etage, Immeuble IFRANE 3 - Avenue HASSAN II - Agadir

Tél.: 05 28 84 20 96 / 08 08 42 63 97 / 06 75 30 20 38 - Fax : 05 28 84 38 41 - E-mail: laboratoire.pathologie.souss@gmail.com



مختبر التشريح المرضي سوس

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES SOUSS
الدار البيضاء - المغرب - 10080

الدكتور وديع قاموس
Dr. OUADIE QAMOUSS

- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaires
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-pompidou
- Diplômé en néphropathologie de l'université Paris XI

- خريج كلية الطب و الصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
- اختصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

- Histopathologie

- Cytopathologie

Conventionnelle et en milieu liquide

- Examen extemporané

- Cytoponction d'organe

- Immuno-histochimie

- Immunofluorescence rénale et cutanée

- Néphropathologie

Date de réception : 02/09/2020 N° d'examen : H20490209
 Date de réponse : 03/09/2020 Nom et Prénom : ABOUDRARE IJJA
 Sexe : F Médecin traitant : Dr. Non Préciser
 Âge : 46 ans

Nature du prélèvement : Myomectomie.

Renseignements cliniques : - Utérus myomateux. - Mymectomie.

COMPTE RENDU

Reçu une pièce de myomectomie mesurant 07x05x03cm et pesant 100g, A la coupe aspect blanchâtre, nodulaire et homogène. Du point de vue histologique, les prélèvements effectués montrent une prolifération lésiomateuse régulière, d'architecture fasciculée, disposée en faisceaux enchevêtrés, richement vascularisés, et dissociés par quelques bandes de collagène. Cette prolifération est faite de cellules musculaires lisses à cytoplasmes éosinophiles, mal définis, et à noyaux vésiculeux, ne montrant pas d'atypies cytonucléaires ou de figures de mitoses.

Absence de signes de malignité.

CONCLUSION :

- Léiomyome utérin.
- Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. QAMOUSS OUADIE

LABORATOIRE D'ANATOMIE
ET DE CYTOLOGIE SOUSS
N° 36, 4^{ème} Etage, Immeuble IFRANE 3 - Avenue HASSAN II - Agadir
Télé : 05 28 84 20 96 / 08 08 42 63 97 / 06 75 30 20 38
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

FACTURE

REF : 20/4018

Agadir, le 02/09/2020

Date de facturation 02 / 09 / 2020
 Médecin traitant
 Patient ABOUDRARE IJJA - 082442
 Demande **H20490209 - 02/09/2020**

Liste des examens

	A Payer	750,00	Dhs
coefficient-P	682,00		

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS ET 00 CENTIMES

