

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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-547283

44970

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 4521 Société : R.A.T

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : NESSAOUIT MOUAD

Date de naissance : 1940

Adresse :

Tél. : 0644209835 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/07/2010

Nom et prénom du malade : NESSAOUIT MOUAD Age : 80

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 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 : 05/07/2010 Le : 05/07/2010

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-547283

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 : 4521

Nom de l'adhérent(e) : NESSAOUIT MOUAD

Total des frais engagés : 300 Dhs

Date de dépôt :

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
02/07/11	115	6		INP : 13111120 Dr. MOUAD BEN YOUSSEF CHIRURGIEN UROLOGUE CLINIQUE ACHIEFA-OUJDA Bd. Med Jellali 30000 OUJDA TEL: 05 36 53 00 88 05 36 53 03 53
20/07/11				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canélaire, 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	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21423552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11423553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21423552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11423553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
25533412	21423552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11423553																		
B																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مختبر بنسعيد للتشریح المرضي الدقيق
LABORATOIRE BENSAÏD
D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Dr. Bensaïd Mohammed

ANATOMO-PATHOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens - France

100. Bd Allal Ben Abdellah

Résid. le Paris 3^{ème} étage OUJDA

Tél.: 05 36 70 80 50 - Fax: 05 36 70 80 52



FACTURE

N° : ASS.141/20

PATENTE : 10703136

T.V.A. : 412070

CNSS : 2447995

I.Fiscal : 10607236

I.C.E.: 001636502000080

Oujda, le 02/07/2020

2

MESSAOUDI

HOUNAD

Do it

Arrêtée la présente facture à la somme de

Sept cents

Dirhams

LABORATOIRE BENSAÏD

D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Docteur Mohammed BENSAÏD

ANATOMO-PATHOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de PICARDIE-AMIENS

مختبر بنسايد
للتشریع المرضي الدقيق
الدكتور محمد بنسايد
حاصل على الترخيص
خريج كلية الطب بيكاردي - فرانان

2544720

DEMANDE D'EXAMENS CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du DR.:

- Mr, Mme, Mlle, Enf.

HORNA Mounia

MESSAOUDI Noureddine

- Age : (19 Ans) 80 g

- Date du prélèvement :

HISTOLOGIE : BIOPSIE / PIÈCE OPÉRATOIRE

- Organe :

- Nombre de prélèvements :

CYTOLOGIE :

- * FCV: - Vagin: Exo: Endo:
- Date des dernières règles:
- Mode de contraception:
- Traitement récent:
* Autres cytologies : Sein: Ascite: Plèvre: Autres:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Pratob Dure ?

Rétention Acne d'Uterus

QUESTION :

EXAMEN ANT (Réf.) :

شارع علال بن عبد الله الطاهر الثني (بعد مدخل البستان قبلة سينما باريس) وجدة. الهاتف: 05 36 70 80 52. الفاكس: 05 36 70 80 52

100, Bd Allal Ben Abdellah 3^{eme} étage à côté Café Al Boustane (en face cinéma le Paris) IBA Tel: 05 36 70 80 50 - Fax: 05 36 70 80 52

Dr. Mouad NOURI
CHIRURGIEN UROLOGUE
Dr. MOUAD NOURI
CHIRURGIEN UROLOGUE
Bd. Allal Ben Abdellah 100, Tel: 05 36 53 08 05
Fax: 05 36 53 03 53



N° d'examen : 2540 H 20

Age : 80 ans

Date de réception : 02/07/2020

Date de réponse : 03/07/2020

Nom & prénom : MESSAOUDI HOUMAD

Médecin traitant : NOURI MOUAD

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Prostate dure ? rétention aiguë d'urine.

RESULTAT D'EXAMEN

Macroscopie :

Plusieurs fragments ont été remis pesant 18.0 gr, dont le plus grand mesurant 2.0 cm.

Histologie :

Histologiquement, il s'agit d'un parenchyme prostatique fait de glandes hyperplasiques, dilatées et bordées d'une double assise de cellules épithéliales et myoépithéliales régulières.

Ces glandes se disposent en lobules séparés par des septas fibreux.

Le tissu de soutien fibro-musculaire est également hyperplasique et modérément inflammatoire.

Absence de malignité.

Conclusion :

Hyperplasie adénomyomateuse bénigne de la prostate, avec signe de prostatite chronique.

Absence de malignité sur les fragments communiqués.

Signé : Dr M.BENSAID