

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

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



ND. 52225

Déclaration de Maladie : N° P19-0003208

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HASNAOUI FATIMA Date de naissance : 28.08.60
Adresse : 3, Rue ABY DRABI MERS-SULTAN COUS
Tél. : 0668469996 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.

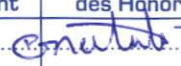
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
07/11/2020		3		

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
DOCTEUR MASMOUDI Abdelhak ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE 737, Angle Boulevard Moulay Youssaf et Rue Boukrad Résidence MIRAMAR 1er étage N°3 - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11	07/12/20	B5	DOCTEUR MASMOUDI ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE 737, Angle Boulevard Moulay Youssaf et Rue Boukrad Résidence MIRAMAR 1er étage N°3 - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11

AUXILIAIRES MEDICAUX

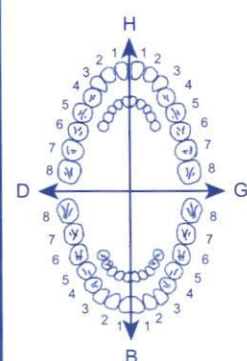
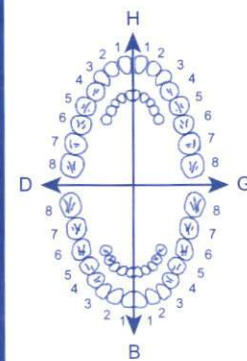
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (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



15/2/20

LABORATOIRE MOULAY YOUSSEF DE PATHOLOGIE

DOCTEUR MASMOUDI Abdelhaq
SPECIALISTE EN ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE
EX MEDECIN ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE
A L'INSTITUT PASTEUR DE CASABLANCA

DEMANDE D'EXAMEN HISTO-CITOPATHOLOGIQUE

Ordonnance Du Docteur : DRADHI

Nom et Prénom : HASNAoui FATIMA

Age : 28/08/1960 Référence : _____

Siège et nature du prélèvement : _____

Cytologie : abdelhadi

- Frottis du dépistage : Vagin ☐ Ecocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des derniers règles : _____

- Traitements eventuels : _____

Renseignement cliniques : _____

LABORATOIRE MOULAY YOUSSEF
DE PATHOLOGIE
DOCTEUR MASMOUDI ABDELHAQ
737, Rue Boukraâ Résidence MIRAMAR
1er Etage N°3 - CASABLANCA
Tél : 05.22.26.52.11

Date : 07/12/20

Cachet et Signature :

Dr. N. BADHI
Chirurgien
Clinique Atlas - Casa
Tél : 091117671

LABORATOIRE MOULAY YOUSSEF DE PATHOLOGIE

DOCTEUR MASMOUDI ABDELHAQ

NUMERO DE LA FACTURE 1214 151/20

NOM & PRENOM HASNAOUL FATIMA

PRELEVEMENT

V. B

DATE 07/12/20

TOTAL DE LA FACTURE Six Cent Sixtyams
600124

CACHET & SIGNATURE

DOCTEUR MASMOUDI Abdelhaq
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE
737, Angle Boulevard Moulay Youssef et Rue Boukraa
Résidence MIRAMAR 1er étage N°3 - Casablanca

737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukraa, Résidence Miramar n°3 1^{er} étage
Casablanca - Tél: 05.22.26.52.11

I.F. 14444478

PATENTE 35480908



LABORATOIRE MOULAY YOUSSEF DE PATHOLOGIE

DOCTEUR MASMOUDI Abdelhaq
SPECIALISTE EN ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE
EX MEDECIN ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE
A L'INSTITUT PASTEUR DE CASABLANCA

Référence : **12H151/20**

Nom : **HASNAOUI**

Docteur : **RADHI**

Prénom : **FATIMA**

Reçu le : 07/12/20

Répondu le : 15/12/20

Age : 60 ans

Renseignements cliniques :

- Cholécystectomie.

Compte Rendu :

Reçu une vésicule biliaire, ouverte, vidée, de 8x3,5 cm, à paroi épaissie, rigide et à contenu bilieux, épais. Le relief muqueux est conservé par places.

Histologiquement, le revêtement de surface émet quelques franges coalescentes et des invaginations diverticulaires, ailleurs, il est abrasé.

Le chorion est fibreux, siège d'un infiltrat inflammatoire, polymorphe, modéré.

Les glandes sont raréfiées. La musculature est dissociée par de la fibrose.

Les vaisseaux sont congestifs à paroi épaissie, hyalinisée par endroits.

Conclusion :

- Cholécystite chronique.
- Absence de spécificité ou de malignité.

Dr. Abdelhaq MASMOUDI

LABORATOIRE MOULAY YOUSSEF
DE PATHOLOGIE
DOCTEUR MASMOUDI ABDELHAQ
737, Rue Boukraâ Résidence MIRAMAR
1er Etage N°3 - CASABLANCA
Tél : 05.22.26.52.11