

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.

adiologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 051258

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22677
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1883

Société : 7e PRO

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : TERRAB Abdellah

Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. : 068845283 Total des frais engagés : 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 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES			
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		
	H D 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
			G 35533411 11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
<p>Visa et cachet du praticien attestant le devis</p> <p>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</p>			
VOLET ADHERENT	NOM : _____ Mle _____		
DECLARATION N°	W18-397101		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	W18-397101	DATE DE DEPOT /...../201...																	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle		Signature de l'adhérent																	
Nom & Prénom : <i>ZERRAB, Abdellah</i>		Signature de l'adhérent																	
Fonction : <i>Det. Général</i>	Phones : <i>06 98 40 27 70</i>																		
Mail : _____																			
MEDECIN	Prénom du patient : <i>ZERRAB, Abdellah</i>																		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : <i>GT</i>	Date : <i>2010-12-01</i>															
Nature de la maladie		Date 1ère visite																	
<i>Admission de la prostate</i>																			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																	
<i>Opérat</i>																			
PHARMACIE	Date : <i>2010-12-01</i>		Signature et cachet du Pharmacien																
Montant de la facture			<i>Dr. Hayssam ABEILLE</i>																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : <i>2010-12-01</i> DI. MISSOURI Pédiatric CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAROC 38, Bd. Bir Anzarane 9ème Etage Appart. 9 Tel. 0522 98 64 71 / 0522 23 81 10 Fax : 0522 98 74 28																			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <th>Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV	Honoraires					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires															
AM	PC	IM	IV	Honoraires															
CACHET																			



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr. Hayssam ABED-ALI
Urologue - Andrologue
Panoramique 1er étage, N°19
203 Bd. Panoramique 1er étage, N°19
Casablanca - Tel. 05 22 52 71 52

Docteur Réda MISSOURY
Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Résection adénosar de
la prostate -

Siège du prélèvement :

Nature de l'acte réalisé :

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui , rappeler la référence, SVP :

Pour F.CV et Biopsie endométriale à visée hormonale :

-Date des dernières règles

-Parité

-Thérapeutique antérieure ou en cours

-Durée du cycle

FCV :

Vagin Exocol

- CBE :

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28

Endocol

Dr. Hayssam ABED-ALI
Urologue - Andrologue
Panoramique 1er étage, N°19
203 Bd. Panoramique 1er étage, N°19
Casablanca - Tel. 05 22 52 71 52



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Casablanca, le 11/02/2020

Nom & Prénom : ZERRAB ABDELLAH

N° d'examen : **20151102**

FACTURE N° FA20000717

Nature du prélèvement

Montant TTC

Adénome de la prostate.

600,00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax: 0522 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Date de réception : 11/02/2020
Date de réponse : 14/02/2020
Sexe : M
Age :

N° d'examen : 20151102
Nom et Prénom : Mr ZERRAB ABDELLAH
Médecin traitant : Dr. HAYSSAM ABED-ALI

Nature du prélèvement : Adénome de prostate.

Renseignements cliniques : Adénome de prostate.

COMPTE RENDU

Matériel de résection prostatique pesant 10grs, mesurant 7x6,5cm.

D'un point de vue histologique, les copeaux sont constitués d'un abondant tissu fibro-collagénique et musculaire englobant des glandes prostatiques le plus souvent régulières, parfois dystrophiques, dilatées et kystiques. Elles sont bordées par un revêtement régulier, doublé d'une assise de cellules myoépithéliales. Il s'y associe focalement un infiltrat inflammatoire chronique lymphocytaire modéré. Il n'existe pas d'image suspecte de malignité.

CONCLUSION :

- Hyperplasie adénomyomateuse de la prostate, associée à des foyers d'adénomite chronique modérée.
- Absence de signe suspect de malignité.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28