

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W21-604416

65286

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD

Date de naissance : 10/07/1959

Adresse : 61 la colline I N°24 Casablanca

Tél. : 0666872659

Total des frais engagés : 8000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saad AGOU
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss
Tél. : 022 86 11 01 05

MISS 2021
ACCUEIL

Date de consultation : 11/08

Nom et prénom du malade : SHAZ SAOUSSI NADIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Casablanca Le : 11/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

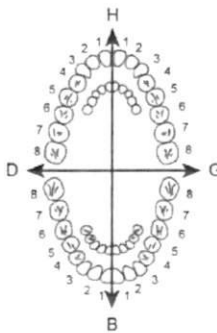
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/03/21	C2		300,00	INF : 090403269
	Per		1500	

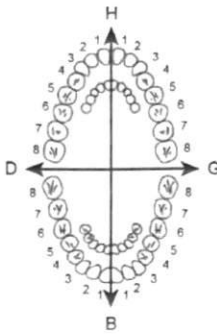
[illegible][illegible][illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
					MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
					DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
					FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>													
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D ————— G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
			DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>														
		DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. Alaoui Saad

Nom et Prénom du Patient GHAN SUBASSI NAAT

Age 57 ans

Date du prélèvement 11/03/21

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

RAS

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.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles non pleurée

- Parité CM

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre ☐

Dr. Saad AGAUMI
Gynécologue Opératrice
20, Bd Moulay el Mehdi
Tél : 05 22 44 41 01 / 05 - CASA
Signature et Cachet

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 11/03/2021

Nom & Prénom : GHAZI SOUSSI NADIA EP. BENTAHILA

N° d'examen : 2103C0040

Date réponse : 15/03/2021

FACTURE N° 21/1043

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
FCV monocouche.	B206	200,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : Dr L. BADRE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
Mly IDRIS I^{er}
86, Bd My Idriss I^{er} (Face à l'Ecole
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél. 0522 86 18 36 / 29-Casablanca

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 11/03/2021

Date de réponse : 15/03/2021

Sexe : F

Age : 57 ans

N° d'examen : 2103C0040

Nom et Prénom : Mme GHAZI SOUSSI NADIA

Médecin traitant : Dr. AGOUMI

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné, après cyto centrifugation et étalement, montre un fond riche en polynucléaires neutrophiles, souvent altérés, débris cellulaires et histiocytes. Sur ce fond, présence d'une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel mais surtout intermédiaire, basal et parabasal. Ces cellules sont le siège d'altérations cytonucléaires de type réactionnel, avec des cellules à cytoplasme pseudo vacuolaire, des cellules binucléées, et de rares cellules dyskératosiques. A ces cellules se mêlent des cellules endocervicales et métaplasie malpighienne immature, régulières, groupées en petits amas.

CONCLUSION : - Frottis atrophique, modérément inflammatoire, avec métaplasie malpighienne régulière.
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr RAIS Meryem

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
My IDRIS I
86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - Casablanca
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 18 21
ICE : 001633133000057

Signé : Dr L. BADRE

Dr. BADRE Latifa
Anatomocytologiste
86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 18 21
ICE : 001633133000057
CASABLANCA