

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-604416

65286

Maladie Dentaire Optique Autres

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

Matricule : *7767* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BENTAHILA SAAD*

Date de naissance : *20/07/1959*

Adresse : *67 La colline I N° 24 Lissabon*

Tél. : *0666872653* Total des frais engagés : *100000*

Cadre réservé au Médecin

Dr. Saâd AGOUILI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss
Tél. : 022 86 11 01/05 Casablanca

- 1 MARS 2021

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation : *20/03/2021*

Nom et prénom du malade : *GHIZI SNOUSSI NADIA* Age : *62*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Affection Gynéco-hépatique*

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 : *RAM* Le : *11/03/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
11/03/21	C2		3000,00	INP : 092405269 Dr. A. A. AGOUMI 1-022-861101
	PC2		500	

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
LABORATOIRE MEDICAL M. J. D. R. E. T. H. U. 86 Bd. Malesherbes 75 Charles de Foucauld) Rés. Al Jazar Tél. 0522 86 18 36 / 29 - Casablanca 33/21	1er (Faculté Ecole Date	B26	200,00 Fr.

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

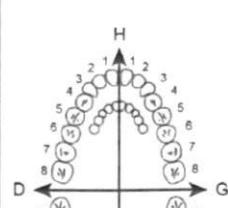
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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
PROTHESES DENTAIRES

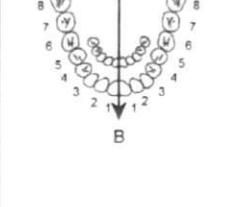
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[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



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 Ghazali Sbaaifi Naim

Age 5 ans

Date du prélèvement 11/03/21

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de lacte 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

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- FCV : Vagin Exocol Endocol

- CBE : Endomètre

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste
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
My 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

Anatomocytopathologiste
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 cytocentrifugation 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 IDRRISS I^{er}
86 Bd My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - Casablanca
Tél : +212 522 861 836 - Fax : +212 522 861 829 - E-mail : 0662 05 99 94
ICE : 001633133000057

Signé : Dr L. BADRE

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