

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-532515

65716 ^{Prise en charge}

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <u>RAM</u>	
Matricule : <u>1761</u>	Pensionné(e) <u>SADDOK</u> Autre : <u>Moussadhe</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	Nom & Prénom : <u>SADDOK Moussadhe</u>		
Date de naissance : <u>3-4-52</u>		Adresse : <u>Al Qanta ra Al Ta 12</u>	
Tél. : <u>0661376184</u>		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <u>Dr. NOURALLAH LARAOUI</u> Professeur Agrégé Chirurgie du Cou Chirurgie Maxillo-Faciale et du Pionneur Exploration des Vertèbres et de la colonne Allergologie			
Date de consultation : <u>Cam, 25/03/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>2121 Ram</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Affection</u>			
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'adhérent conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-532515

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 6, Boulevard du 9 Avril - Palmerston 9000 - Tél : 0522 25 32 05 pharmacie.louvre@gmail.com	26/03/23	298.-VJ

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 DR. ABDELLATIF BOUHAMIDA Radiologue CASABLANCA - Maroc Tel: 06 63 2 20 44 - Fax: 052 44 51 00 00	25/03/2011	P 2272	2500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<input type="text"/>
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																
				<input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CLINIQUE
DU VAL D'ANFA

مصحة
فال أنفا



Casablanca, le

26 3 2021

Mme Zizi Sanaa

AD. 2 filtres 200



LOT: 200375
DUO: 11/2022
69,00DH

1g 2 filtres x 5



60g. Probiotis

2 cap 1 J

53,40

2022. 4. 11 p 14

x 10

Dr. Z.N. LARAQUI
Spécialiste sur Aigrage
O.R.L. Chirurgie Maxillo-faciale Allergologie
Esthétique Face
19, Rue Dr Anzarane Sidi El - Casablanca

Ofiken®

Céfixime

200 mg



16

Comprimés pelliculés
Voie orale



LOT 203157 1

EXP 12 22

PPV 170.00 DH



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطيمزا
Sotthema



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 02/04/2021

Nom et prénom: MME ZIZI SANAA
Sur ordonnance du Pr: LARAQUI
N° d'anapath: 459AHB0321

Parvenu au laboratoire le 25/03/2021

Organe ou siège du prélèvement: Thyroïde, ganglions

Renseignements cliniques: Age: ans

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Thyroïde

Type d'intervention : Thyroïdectomie totale

Poids : 20 grammes

Dimensions : Lobe droit = 5 x 3 x 2 cm

Isthme = 3 x 2 x 1 cm

Lobe gauche = 5 x 2 x 1,5 cm

Tranches de section :

Lobe droit = Nodule colloïde, à capsule fine de 1 cm

Isthme et lobe gauche = Hypertrophie diffuse

Examen extemporané : Goître simple nodulaire

Examen après inclusion en paraffine : Confirmation du diagnostic

Coupes microscopiques

1- Nodule : Hyperplasie de vésicules de taille variable, normales

Interstitium = septa conjonctivo-capillaires grêles

2- Reste du parenchyme thyroïdien : Hyperplasie diffuse

Conclusion : Goître simple dystrophique diffus et nodulaire

Pas de malignité

Cou

Type d'intervention : Curage ganglionnaire sus claviculaire et sous digastrique gauche

Nombre de ganglions : 2

Dimensions : 1 cm et 2 cm de grand axe

Tranches de section : Tissu blanc-grisâtre, sans remaniement notable

Inclusion totale

Coupes microscopiques :

- Architecture folliculaire focalement conservée
- Follicules de taille variable, hyperplasiques, régulièrement entourés d'une couronne lymphocytaire mature
- Espaces interfolliculaires hyperplasiques, sans anomalie cytonucléaire traversés de vaisseaux à paroi endothéliale turgescente
- Capsule ganglionnaire fibreuse continue

Conclusion : Lymphadénopathie hyperplasique diffuse et folliculaire (Vu le contexte, une immuno-histochimie de confirmation est en cours ; elle sera sanctionnée par un compte rendu complémentaire)

Absence de signe de tuberculose

Absence de signe de métastase

310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 50 00
GSM: 0661 32 20 02



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 25/03/2021

Facture N° 200480479
ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 2 500,00 DH

DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 25/03/2021

Pour MME ZIZI SANAA

Sur ordonnance du DR: LARAQUI

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02