

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

taire :

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.

adie 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7534 Société : 66278

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JABRANE Noura

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.62.21.38.17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Enfant

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				.	
					Coefficient des travaux
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire							
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>			D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	
D	H								
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								
					Coefficient des travaux				
					Montant des soins				
					Date du devis				
					Fin d'exécution				

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
---	--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme 7534	
DECLARATION N°	P 17 / 046859		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	1370 DT	06 pièces	
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			



P 17 / 046859

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 7534	
Nom & Prénom : JABRANE Mouna		Signature de l'adhérent	
Fonction : manager PRM		Phones : 0662215817	
Mail : mjabrane@royalairmaroc.com			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie : Affectée à la gencive et à la dentition			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G		350,-	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 24/03/11	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
R 290	320,00 dh		
Montant dégagé 70,00 dh			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr Saâd Agoumi

Spécialiste

Gynécologue - Obstétricien

Consultant en Responsabilité Médicale

Sur Rendez-vous



الدكتور سعد أكوعي

إختصاصي

أمراض النساء والولادة

مستشار في المسؤولية الطبية

بالميعاد

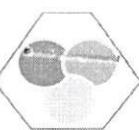
Mme : JABIRANE Hocine Casablanca, le : 26/03/21.

Tomographie →

Echo mammaire →

Centre de Radiologie
Ibn Rochd
44, Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tel.: 05 22 22 75 95

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
86 41.01/05, CASA



Date le : 07/04/2021

Facture N° : FA795/2021

Date de l'examen : 02/04/2021

JABRANE MOUNA

Examens	Honoraires
MAMMO-ECHO	700,00
Montant total	700,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENTS DIRHAMS

Signé : DR LAZRAK et DR ELWADY

Dr. LAZRAK Amal
Médecin Radiologue
INPE : 091093278

Centre de Radiologie
Ibn Rochd
44, Rue des Hôpitaux
Casablanca Tél: 05 22 22 75 95

G

Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. AGOUAMI SAAD

Nom et Prénom du Patient JABRANE MOUSSA

Age 57 ans

Date du prélèvement 26/03/2011

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

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

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- FCV : Vagin Exocol Endocol

- CBE : Endomètre

Signature Dr. Saâd AGOUAMI
Pathologue 04/03/2011
Bad. Moulay YOUSSEF
1er étage 14/01/05 - CASA



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 26/03/2021

Nom et prénom: MME JABRANE MOUNA
Sur ordonnance du Dr: AGOUMI S.
N° d'anapath: 243ACL0321

Parvenu au laboratoire le 24/03/2021

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 57 ans

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement: Frottis cervical

Qualité du prélèvement: Optimale

Diagnostic descriptif:

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, surtout intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Peu nombreuses normales

Conclusion

- Frottis cervical **jonctionnel** hypotrophique et dystrophique
- Absence de signe d'infection à HPV
- Absence de signe de métaplasie, de dysplasie ni de néoplasie

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



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 24/03/2021

Facture N° 200480326
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: 320,00 DH

TROIS CENT VINGT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 24/03/2021

Pour MME JABRANE MOUNA

Sur ordonnance du DR: AGOUMI S.

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



Casablanca, le 02/04/2021

Patient : JABRANE MOUNA

Mammo-échographie

Technique: Examen réalisé de manière bilatérale, en trois incidences: face, profil et oblique externe+complément échographique.

Résultats:

1/Mammographie:

- Seins en involution lipomateuse avec persistance de quelques résidus glandulaires (densité type B).
- Quelques calcifications d'allure dystrophique, arrondies du QSE gauche, dispersées.
- Intégrité du revêtement cutané.
- Opacités axillaires bilatéraux, de taille centimétrique et supracentimétrique.

2/Echographie mammaire:

- Absence d'anomalie circonscrite solide ou kystique notable.
- Ganglions des deux creux axillaires de forme ovale, à centre hyperéchogène, bien limitées, d'axe transversal infracentimétrique, sans signification pathologique franche.

Au total:

Calcifications d'allure dystrophique du QSE gauche (ACR2).

Classification Bi-Rads de l'ACR (American Collège of Radiology).

ACR 1: Aspect normal. ACR 2: Aspect bénin. ACR 3: Aspect probablement bénin.
ACR 4a: indéterminé. ACR4b: Aspect suspect de malignité. ACR 5: Aspect malin.

Mr LAZRAK Amal
Membre du personnel
Membre du personnel
Membre du personnel

Centre de Radiologie Ibn Rochd
Centre de Radiologie Ibn Rochd
Centre de Radiologie Ibn Rochd

Merci de votre confiance
Dr LAZRAK



44 Rue des hôpitaux rez de chaussée en face des urgences du CHU Ibn Rochd). Casablanca.
Télé et Fax: 0522. 22.75.95. GSM: 06.61.09.48.63 / 06.61.51.31.85. Patente 36316040.
I.N.P: 090000431- CNSS : 6350730. ICE : 001845429000086