

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

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 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.

ladie 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 caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 064626

Optique 82348 Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5425 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHERBAI ABDALLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663319198 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : A.

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-64626

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

ASSOCIATION

* 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553	H B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 - Actes de chirurgie et de spécialistes
- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 R-Z = Electro - Radiologie
 B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous li confidéntiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 303396

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : CHEBBAI ABDELHADJ

Matricule : 5475 Fonction : RETRAITÉ

Adresse :

Tél. : 06.63.31.95.98 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient :

Age []

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Bonjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

DR SAAD ALAY KHA
101, Avenue Urologie
et Bl. Abdellatif
Tch...
R...
Signature et cachet du médecin
Dr. SAAD ALAY Kha
101, Avenue Urologie
et Bl. Abdellatif
Tch...
R...
Signature et cachet du médecin

A ... 24, le ... 26 / 05 / 2001

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

N° 303396



Matricule N° : 5475
Nom du patient : CHEBBAI ABDELHADJ
Date de dépôt : 08.07.21
Montant engagé : 1200 DH
Nombre de pièces jointes : 04 pieces

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
26/10/21	21	5.	Gratuit	<i>SAADALLA Chirurgien Urologie Anger 11 D-9040 Erlangen Telefon 09131/22265 Telefax 09131/22265 E-Mail: saadalla@t-online.de</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue DR. MISSOURI MAARIF CENTRE DE PATHOLOGIE 38, Bd. Bir Anzarane Sétif El Oued Appl. 9 Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. MISSOURI MAARIF CENTRE DE PATHOLOGIE 38, Bd. Bir Anzarane Sétif El Oued Marrakech - Casablanca Tél : 0522 98 04 74 - 0522 23 81 10 Fax : 0522 98 74 28	150% 150%	1.200,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

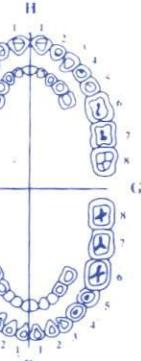
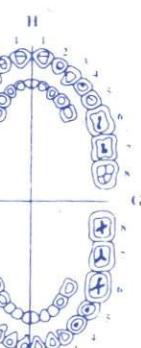
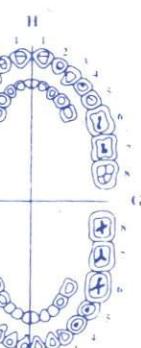
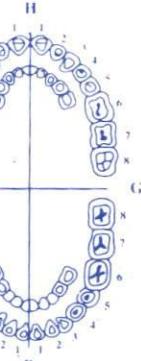
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caries ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 B 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY
Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr :

Dr SAADALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
38 Bd Bir Anzarane - Casablanca

Nom et prénom du patient :

chebbani Abdelladi

Age :

45 ans

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Siège du prélèvement :

Nature de l'acte réalisé :

26/05/2021

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Agés 1957

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui , rappeler la référence, SVP :

Pour F.CV et Biopsie endométriale à visée hystéroscopique

-Date des dernières règles

-Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

-Durée du cycle

FCV : Vagin Exocol

- CBE : Endomètre

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 23

Signature et Cachet



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 27/05/2021

Nom & Prénom : CHEBBAI ABDELHADI

N° d'examen : **21252705**

FACTURE N° FA21002171

Nature du prélèvement

Montant TTC

RTUP + RTUV.

1 200,00Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de Mille deux 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

38، شارع بيرأنزران، الطابق الخامس الشقة 9 المعابر - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 81 10 / 05 22 98 64 71 / الفاكس: 05 22 98 74 28
38,Bd Bir Anzarane (Angle rue Morvan) – 5éme étage Appt 9 Maârif – Casablanca Tél. : 05 22 98 64 71/05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28



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 : 27/05/2021 N° d'examen : 21252705
Date de réponse : 02/06/2021 Nom et Prénom : Mr CHEBBAI
Sexe : M ABDELHADI
Age : 64 ans Médecin traitant : Dr. SAADALLAH

Nature du prélèvement : RTUP + RTUV.

Renseignements cliniques : HBP + Tumeur de vessie.

COMPTE RENDU

1- Matériel de résection pesant 16grs, mesurant 9x8,5cm et correspondant à l'examen histologique à un parenchyme prostatique dystrophique fait d'une trame collagénique et musculaire englobant des glandes prostatiques le plus souvent régulières, parfois dystrophiques. Elles sont bordées par un revêtement régulier, doublé d'une assise de cellules myoépithéliales avec un infiltrat inflammatoire polymorphe.

2- Prélèvement mesurant 0,5x0,4cm, inclus en totalité.

Du point de vue histologique, les plans de coupes montrent une muqueuse vésicale polypoïde bien différenciée et non ulcérée. Le chorion est le siège d'une congestion vasculaire avec suffusions hémorragiques modérées sans signes inflammatoires. Absence de spécificité. Absence de signe de malignité.

CONCLUSION :

- 1- Dystrophie prostatique. Absence de muqueuse vésicale visible.
- 2- Aspect histologique d'un polype vésical sans signe 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

B
0- Frq 5.0 MHz
Gn 98
- E/A 0/4
Carte C000
D 16.0 cm
- DR 66
FR 26 Hz
AO 100 %

5-

10-

15-

B
0- Frq 5.0 MHz
Gn 98
- E/A 0/4
Carte C000
D 16.0 cm
- DR 66
FR 26 Hz
AO 100 %

5-

10-

15-