

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.

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° M21- 046370

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1564 Société : RAM 143906
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ETTANOUTI MOHAMED
 Date de naissance : 21-06-1964
 Adresse : 16, Rue ELouk Houane - CASABLANCA
 Tél. : 0661285110 Total des frais engagés : 600 Dhs

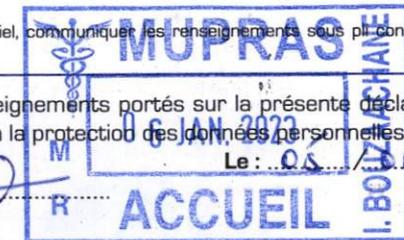
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ELOUARA / Ep. ETTANOUTI RACHIDA 1964 Age
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : cholestérol, diabète
 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 : 05 / 01 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 règlement des Actes
26/12/22		29		

Société d'Activité Médicale
Chirurgie Générale
09 116 48 95
Tel: 0522 37 46 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Moment de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/12/22		500M

CENTRE DE PATHOLOGIE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
17 Louvre Méditerranée (RDC)
Bd Abdelmoumen (Bachir Bouabou)
Casablanca - Tel: 0522 23 31 00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

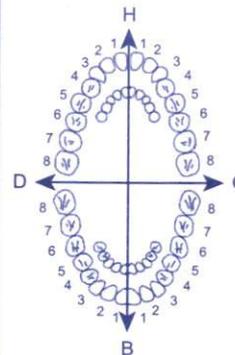
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ZOHR

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Dr. Hind ALATAWNA

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE


CAB22L24080215

Ordonnance du Doc:

Nom et prénom :

Mme EL OUARDI EP ETT
Né le : 11/03/1964

Mme Mlle ENF

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : *Vagin -*

- Traitements éventuels : *abst*

Renseignements cliniques et paracliniques :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles :

Date

Signature :

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Hind ALATAWNA
GÉNÉRALISTE
TOMO-CYTOPATHOLOGISTE
Louvre Center ROC Angle
Bd Abdelmoumen et Bachir El-Aïj
Casablanca - Tél: 0522 23 37 50

YOUSSEF KADIRI
CHARGÉ GÉNÉRAL
091184895

RECU LE : 26/12/2022
EDITE LE : 27/12/2022

NOM & PRENOM : ETTANOUTI RACHIDA
PRESCRIPTEUR : DR KADIRI
Age : 58 ANS
N/REF : H21226665

Nature du prélèvement : vésicule biliaire

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Vésicule biliaire est parvenue ouverte, mesurant 7cm de long et 2cm de diamètre, à paroi épaisse. La muqueuse est d'aspect fraise, Présence de 2 calculs millimétriques.

Au total, 3 plans de coupe intéressant le collet, le corps et le fond vésiculaire sont examinés.

L'aspect histologique est celui d'une cholécystite chronique avec cholestérolose.

La muqueuse, d'aspect papillaire, possède un épithélium cylindrique bien différencié, ailleurs exulcéré.

Le chorion fibro-congestif abrite des éléments libres mononucléés, associés à la présence d'histiocytes spumeux distendant les franges épithéliales de surface.

La musculature et l'adventice sont pour leur part remaniés par des nappes de fibrose dense et piquetées de lymphocytes, de plasmocytes et d'histiocytes.

CONCLUSION :

- Cholécystite chronique lithiasique avec cholestérolose.
- Absence de lésion spécifique ou tumorale.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Hind ALATAWNA
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE
17 Louvre Centre RDC Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalaj
Casablanca - Tél. 05 22 23 37 50

CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE IBN ZOHR

Casablanca le 26/12/2022

FACTURE N° 22/3817

NOM ET PRENOM : ETTANOUTI RACHIDA

Nature du prélèvement : vésicule biliaire

Date du prélèvement : 26/12/2022

Montant de : 500, 00 Dh.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cents dirhams.

Signé

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Mohamed LAATAWNA
ANATOMO-CYTOLOGISTE
17, Louvre centre, Angle
Bd Abdelmoumen et Rue Bachir Laalaj
Casablanca Tel: 9522 23 37 20

Patente N° 34708372

ICE :001864938000053

INPE :091151944