

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0009016

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10444 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FARANE Faïd
 Date de naissance : 05/01/76
 Adresse : LOT les Bâtes 1 Pomm G Appt 5
 Tél. : 0660001952 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/12/2023
 Nom et prénom du malade : FAIRANE Faïd Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleurs abdominales intenses
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 donnés dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Casablanca Le : 8/12/2023
 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 Paiement des Actes
8/2/23		1	250	
11/2/23		1	250	

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
	11/02/23	227	250,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

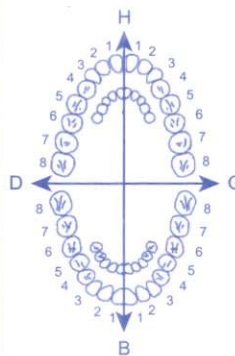
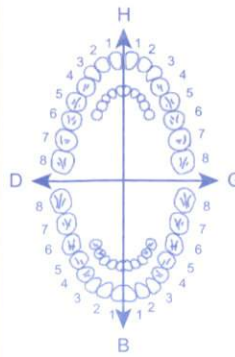
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



RIA 2

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

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 ☐

- CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet

Docteur Mohamed Chraïbi

- * Gynécologie - Obstétrique
- * Chirurgie Gynécologique
- * Echographie



الدكتور محمد الشرايبي

- * اختصاصي في أمراض النساء و الولادة
- * الجراحة النسوية
- * الفحص بالصدى

Casa, le :

11/2/2023

No FARMAS hautee

D'une forte

1 Amp / sa

à renouveler dans 15 j

x 4 ms





DIRECTION CAPITAL HUMAIN
MEDECINE DU TRAVAIL

Casablanca, le 10/04/2023

Radiologie 2 MARS-SOUNA
532, Bd 2 Mars - Casablanca
Tél. 0522.800.600

Mon Cher Confrère,

Je vous serais obligé de pratiquer à :

♦ M^{me} FARSANE LAILA
♦ Fonction Agent Commerciale

Mle : 10444
Service : RAM

L'examen suivant :

RADIO PHOTO

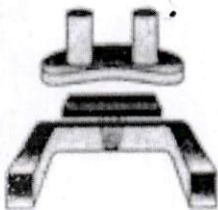
Vous voudrez bien adresser votre note d'honoraires avec (n° patente + CNSS) cotée à la Division Médecine du Travail Casa/Anfa, en double exemplaire, jointe à ce bon

Veuillez croire, Mon Cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Compte Compagnie

Docteur





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 14/02/2023

FACTURE N° : 23/02550

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 :

250,00 Dhs

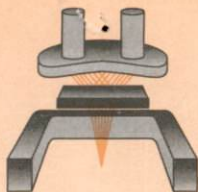
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **11/02/2023**

Pour **FARSANE LAILA**

Sur ordonnance du : **Dr CHRAIBI M.**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Bd. Zerkouni - 3^e étage, N° 25 - Casablanca
Tél : 022.22.51.31 / 022.22.51.34 - Fax : 022.22.50.90
Email : labo_du_centre@yahoo.fr Patente N° 34206650 - TVA N° 819561 - CNSS N° 2364917 - ICE 000834360000045



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 14/02/23

Nom & Prénom : Mme FARSANE LAILA
Sur ordonnance du : Dr CHRAIBI M.
Réf. : 23C02189

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 11/02/23
Organe ou siège du prélèvement : Col utérin
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 46 ans
FCU
Parité : 3

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :
Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :
Bonne trophicité
2. Microbiologie :
Très nombreux lactobacilles de Doderleïn
3. Modifications réactionnelles :
Sans
4. Cellules pavimenteuses :
Superficielles, intermédiaires et rares parabasales normales
5. Cellules glandulaires :
Très rares, cylindriques normales

Conclusion:

Frottis cervico-utérin normal.

Dr L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 22 51 31 / 0522 22 51 34
Fax: 0522 22 51 34