

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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 :

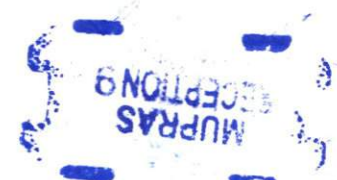
La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0019741

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3151 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAJJI ABD Date de naissance :
Adresse : LAMOUNE
Tél. : Total des frais engagés : 1538,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : EL MGHARI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection chronique
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) :


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
25/9/19	G	1	3000	
			3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/9/19	238,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/9/19	2654	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

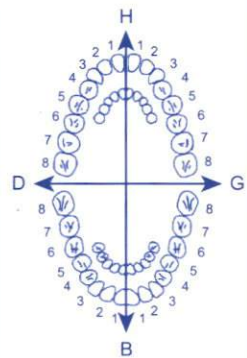
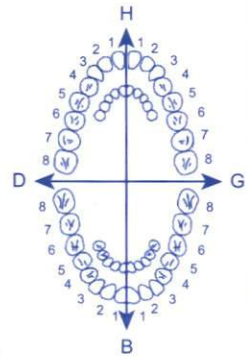
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. Ouad
Nom et Prénom du Patient El Ghannouchi
Age 31 ans
Date du prélèvement 11/11/11
Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement Uterus à cause de

Nature de lacte réalisé le SP

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

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 ☐

- CBE : Endomètre ☐

DR. MOSTAFA OUAD
Gynécologie - Obstétrique
24, Rue El Aloussi
Casablanca
Tél : 05 22 44 51 00 - Fax : 05 22 44 52 30
Patente n° 34306984 - Casablanca

Signature et Cachet

Docteur Mostafa Ouaid

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Lauréat de la Faculté de Médecine
clermont-Ferrand (France)
Ancien Moniteur Clinique à l'Hopital
Notre Dame Montréal (Canada)

Coellochirurgie - Chirurgie Gynécologique - Accouchement
Maladies des seins - Stérilité - Echographie



الدكتور مصطفى واعظ

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة
خريج كلية الطب بكليرمون فيران (فرنسا)
معيد سابق بمستشفى نوتردام منتريال (كندا)

الجراحة بالمنظار الدخلي - الجراحة النسوية - التوليد
أمراض الثدي - عقم الزوجين - الفحص بالصدى

ملاحظة

9640

1/ Phosphatidylcholine
ملاحظة

8900 2/ vitamine
ملاحظة

5300 3/ Phosphatidylcholine
ملاحظة

23860

Dr. Mostafa OUAID
Gynécologie - Obstétrique
24, Rue El Aloussi
Tél : 05.22.20.93.23 - Casa

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LOT N°: 1 2 7 0 8 3 9

UT.AV: 0 1 2 1 P.P.V

8 9 0 0

09366050/4

89,00

Distribué par: ZENTH-ARM
90, Zone Industrielle Hassila, Meziane
Agadir-Maroc
Dr: M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable
AMM N°: 25/12/DMP/21/NMP
P.P.V.: 96,40 DHS

53,20



306774



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 25/09/2019

Facture N° 200472355
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: 700,00 DH

SEPT CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 25/09/2019

Pour MME EL MGHARI AICHA

Sur ordonnance du DR: OUAID M.

Dr. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID
CES d'Anatomie Pathologique de la Faculté
de Médecine de Lyon (France)
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique
de l'Hôpital Militaire Avicenne
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 - 0522 44 52 30
Fax: 0522 44 51 00 - 0522 44 52 30
Email: alaoui@tinymail.com



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 26/09/2019

Nom et prénom: MME EL MGHARI AICHA
Sur ordonnance du Dr: OUAID M.
N° d'anapath: 418AHB0919

Parvenu au laboratoire le 25/09/2019

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: ans
Polype accouché par le col

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

FCV

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du prélèvement : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Inflammatoire (+)
Absence de spore, de filament mycélien ni de parasite
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Nombreuses normales

Conclusion

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

Col utérin

Nature de l'acte opératoire : Polypectomie

Nombre de fragments : 1

Dimensions des fragments : 1,5 cm

Aspect extérieur et tranches de section : Polypoïde

Coupes microscopiques :

- Revêtement épithélial cylindrique simple normal, focalement ulcéré
- Glandes nombreuses, de taille variable, bordées par un épithélium cylindrique simple normal
- Chorion fibro-congestif siège d'un infiltrat inflammatoire chronique

Conclusion : Polype fibro-glandulaire, focalement ulcéré et inflammatoire de l'endocol

Absence de signe de métaplasie ni de dysplasie
Pas de malignité

Dr. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique
de l'Hôpital Militaire Avicenne
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél : 05 22 44 51 00 - Fax : 05 22 44 52 30
GSM : 06 61 32 20 02
Email : alaoui11@hotmail.com

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigne : ... ABD. QUADIR

Titulaire de la CIN : ... S.H. 13.231

Matricule RAM : ... 3151

Adresse domicile : ... Quartier EL Gouds AVENUE IBN BADIS N° 21 ...

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Mme ou Mr : Mme A. EL HA EL MGHARI

Titulaire de la CIN : ... S.H. 7.4.684

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou l'impôt sur les sociétés au titre de l'année fiscale 2019 2019

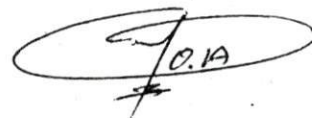
Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les informations que j'ai fournies sont correctes et complètes. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de mon droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « **ARTICLE 4 et 6** ».

Je m'engage à avertir les services de la Mupras de tout changement de la situation professionnelle de mon conjoint.

La présente déclaration est faite suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

LAAYOUNE
Fait à Casablanca le : 02.09.2019

Signature :





02 SEPT 2019

79250119