

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.

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0031653

MUPRAS

RECEPTION

Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2996

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHYD Aicha

Date de naissance : 01/01/1977

Adresse : Hay Elmosjid Me oued Tansift n° 74
Nouveau

Tél. 0668503700

Total des frais engagés : 500DH - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Maâzouz Keltoum
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljoumari
Imm. Aya, 1er étage, Appt. N°3 - Maarif
Tél : 05 22 99 47 30 - INPE : 09 11 66 777

Date de consultation : 30/09/19

Nom et prénom du malade : CHAHYD Aicha

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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) :

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
30-09-19	V3		Gratuit	Dr. Mohamed Eljoudari Spécialiste en G. Stomac et oncologie digestive 34, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljoumari Imm. Aya, 1er étage, Apt. N°3 - Maarif Tél: 05 22 99 47 30 - IN'E: 09.11.66.777

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
Dr. MISSOURY RADA CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAXILLAIRE 38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Apt. 9 Maarif - Casablanca Tél: 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10 Fax: 0522 98 74 20	30/09/19	145	800

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Date de prélèvement :

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

Dr. Maâzou Keltoum
Spécialiste en gynécologie
et oncologie digestive
Signature et Cachet
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Boumari
Imm. Aya, 1er étage, Apt.N°3 - Maarif
Tél: 05 22 99 47 30 - INPE 09 11 66 777



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 30/09/2019

Nom & Prénom : CHAHYD AICHA

N° d'examen : 19133009

FACTURE N° FA19004325

Nature du prélèvement

Montant TTC

Biopsie gastrique et duodénale.

500,00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de Cinq cents Dirhams

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maarif - Casablanca
Tél.: 0622 98 64 71 - 0622 23 81 10
Fax : 0622 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760

38, شارع بنر أنزران، الطابق الخامس الشقة 9 المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 64 71 / الفاكس: 05 22 23 81 10 / 05 22 98 74 28
38, Bd Bir Anzarane (Angle rue Morvan) – 5ème étage Appt 9 Maarif – 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 : 30/09/2019

Date de réponse : 03/10/2019

Sexe : F

Age : 72 ans

N° d'examen : 19133009

Nom et Prénom : Mme CHAHYD AICHA

Médecin traitant : Dr. MAAZOUZ/ Dr RADHI

Nature du prélèvement : Biopsie gastrique et duodénale.

Renseignements cliniques : Biopsie estomac HP? Duodénum atrophie.

COMPTE RENDU

Trois fragments biopsiques; inclus en totalité et analysés sur quatre plans de coupes, un correspondant à une muqueuse de type duodénal avec la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement épithélial de surface est régulier. Le chorion est le siège d'un infiltrat inflammatoire d'intensité minime, fait de lympho-histiocytes, plasmocytes. Les glandes sont régulières et conservées. Le revêtement des villosités représenté sur le prélèvement est régulier, pénétré par de rares éléments inflammatoires mononuclés. Les deux autres fragments correspondent une muqueuse gastrique de type antro-fundique, dont un avec la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement épithélial de surface est régulier. Le chorion est congestif, siège d'un discret infiltrat inflammatoire chronique, constitué de lymphoplasmocytes, sans activité aigue. Les glandes sont normales, sans atrophie et sans métaplasie intestinale. Les coupes colorées au Giemsa ne montrent pas la présence de l'hélicobacter pylori.

CONCLUSION :

- Duodénum: discrète inflammation interstitielle, non spécifique. Absence d'atrophie villositaire. Absence de parasites. Absence de signes de malignité.
- Gastrite chronique minime, non évolutive, sans hélicobacter pylori. Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage/Appt. 9
Maarif - Casablanca
Tél.: 0522 98 64 71 / 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28