

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.

Ontique :

- 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.

Dontsize : 1

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº W19-423635

N²D: 13361

乙

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>14/10/19</u>		
Nom et prénom du malade : <u>Salma Naïma</u> Age : <u></u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	<u>DIABÈTE</u> <u>DIAPRAS</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous plicatif 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) :

Fig. 1. A photograph of the same area as in Fig. 1, but taken with a 100 mm lens.

11. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius)

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
14/10/85				DR : [Signature]
15/10/85			1 = 200,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

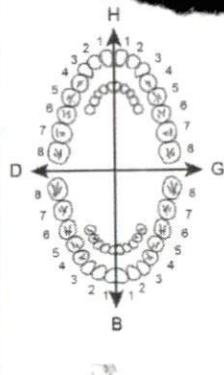
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR : [Signature]	15/10/85	122 US	270

AUXILIAIRES MEDICAUX

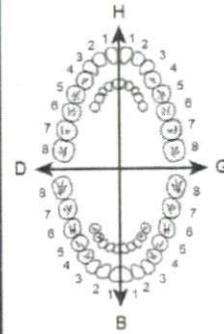
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr AZZOUZI SOUFI

Médecin Anatomo-Cytopathologiste
Ancien Professeur de l'Enseignement
Supérieur du CHU de Casablanca



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII
عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : Souafi Naima

Nom et prénom du patient :

Âge : 4564 Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure :

Oui

Non

Réf :

FCV : Vagin Exocol Endocol

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomo-Cytopathologiste

Ancien Professeur de l'Enseignement

Supérieur du CHU de Casablanca

D.U Dermatopathologie Université Paris XII



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII

عبدة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

Casablanca Le 15/10/2019

Nom et prénom : SOUAFI NAIMA

Date de réception : 15/10/2019

Facture N° 19/10242

Nature du prélèvement	Cotation	Prix total	Remise	Net payé
FCV	P245	270,00Dhs		270,00Dhs

Arrêtée la présence facture à la somme de Deux cents soixante dix Dirhams

Dr Soufia AZZOUZI

Dr AZZOUZI SOUFI
CABINET DE PATHOLOGIE
OUM RABII

102 ,Bvd Oum Rabii Résidence Selma-RDC-B1-Hay hassanii Casablanca-20220
Tél :0522 93 88 66 -Fax :05 22 93 87 52 E-mail :cpor102@gmail.com
IF :40399984 - ICE 001806698000066 -Taxe professionnelle :35091342
CNSS :8775077 - INPE :091024570 - Patente N°35091342



Date de réception : 15/10/2019

Date de réponse : 18/10/2019

Sexe : F

Age : 55ans

N° d'examen : C9101563

Nom et Prénom : Mme NAIMA SOUAFI

Médecin traitant : Dr SAKINA ARAFA

Nature du prélèvement : FCV.

Renseignements cliniques : Ménopause depuis 03 ans. FCV de dépistage.

COMPTE RENDU ANATOMO PATHOLOGIQUE

TECHNIQUE EN COUCHE MINCE :

Qualité du frottis :

Diagnostic descriptif:

1) Evaluation hormonale:

Bonne trophicité.

2) Microbiologie:

Flore lactobacillaire peu abondante. Inflammation minime. Absence d'agent pathogène.

3) Modifications réactionnelles:

4) Cellules pavimenteuses:

Intermédiaires essentiellement normales et rares cellules superficielles.

5) Cellules glandulaires:

Absentes.

CONCLUSION :

- Frottis exocervical normal.

