

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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° P19-0019453

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06992 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Jissouni Amina Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0019453

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6992

Prénom JISMANI AHMED

RETRAITÉ Phones.....

DECIN

Prénom du patient

Conjoint Enfant Age

de la maladie

DR MOHAMED ROUBAL

Oto-rhino-laryngologie

INP 1091033910

Date 1ère visite

thyroïdectomie totale

Il d'un accident : Causes et circonstances

Nombre des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		INP 1091033910

PHARMACIE	Date
	17 AVR. 2019

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 06/04/19
Signation des coefficients		Montant détaillé des Honoraires

LIAIRES MEDICAUX			Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
PC	IM	IV	

DR. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAROC
34 Bd. Bir Anania 5ème Etage
MédiN. Casablanca
022 96 04 71 05 22 00 74 28 81 19



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY
Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr : Pr Roubel

Nom et prénom du patient : Elisabeni Ahmed

Age : 25 ans

Date de prélèvement : 04/04/19

Renseignements cliniques et paracliniques :

Goutte couenneuse

Thyroidite subaigüe

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.CV et Biopsie endométriale à visée hormonale :

-Date des dernières règles

-Parité

-Thérapeutique antérieure ou en cours

-Durée du cycle

FCV : Vagin Endocol Endocol

- CBE : Endomètre

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

Signature et Cachet



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 06/04/2019

Nom & Prénom : JISMANI AHMED

N° d'examen : **19020504**

FACTURE N° FA19001706

Nature du prélèvement

Montant TTC

Thyroidectomie totale.

600,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

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

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

38، شارع بترأنزران، الطابق الخامس الشقة 9 المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 74 28 / 05 22 23 81 10 / 05 22 98 64 71 / الفاكس: 05 22 98 74 28
38, Bd Bir Anzarane (Angle rue Morvan) – 5ème étage Appt 9 Maârif – Casablanca Tél. : 05 22 98 64 71/05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28

thyroïdectomie totale pesant 118 g le lobé droit

ii. Taux α 3 c, TSH 11.2 α 1.5 α 1 c,
le lobé gauche 1.7 α 5 α 1 c.

À la fin de plusieurs mois et vaincu entre
0,25 c et 5,5 α 1 c, ~~évacuation~~
de ~~thyroïde~~ et aspect ~~au~~ de l'offre, finement encapsulé.

142 le lobé droit 5 pr

3 α 1 c le 2 pr

4 a 5 le lobé gauche 5 pr

CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAAI
Dr. Réda MISSOURY

N° 38, Bd Bir Anzarane, 5ème étage Appt 9 Maârif - Casablanca

Tel.: 05 22 98 64 71/ 05 22 23 81 10 - Fax : 05 22 98 74 28 - E-mail : centredepathologiemaarif@hotmail.fr

N° d'examen : **19020504**

Référence ant. :

Médecin traitant : Dr. ROUBAL

Date de réception : 05/04/2019

Sarah

Date de réponse : 10/04/2019 **à partir de 17H30**

Nature de prélèvement : Thyroidectomie totale.

Montant total 600,00 Dhs Avance : 600,00 Dhs Reste : 0,00 Dhs

19020504

JISMANI AHMED

Code Patient :

054408

Nom & Prénom :

GMA

Mr JISMANI AHMED

Âge : 60 ans

Sexe : M

Contenant :



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 : 05/04/2019 N° d'examen : 19020504
Date de réponse : 10/04/2019 Nom et Prénom : Mr JISMANI AHMED
Sexe : M Médecin traitant : Dr. ROUBAL
Age : 60 ans

Nature du prélèvement : Thyoïdectomie totale.

Renseignements cliniques : Goître compressif.

COMPTE RENDU

Pièce de thyroïdectomie totale pesant 118grs, le lobe droit mesure 7x4,5x3cm; l'isthme mesure 2x1,5x1cm, le lobe gauche mesure 7,5x5,5x4cm. A la coupe, présence de plusieurs nodules de taille variant entre 0,2cm et 5,5x4cm; d'aspect colloïde finement encapsulé.

Du point de vue histologique, les multiples prélèvements effectués montrent au niveau des différents nodules une prolifération folliculaire, faite de vésicules souvent de grande taille, à colloïde abondante et dense et à revêtement épithéial cubique ou aplati régulier, dépourvu d'atypies cyto-nucléaires.

L'interstitium est modérément fibreux. Le reste du parenchyme thyroïdien ne montre pas de particularité histologique.

CONCLUSION:

- Hyperplasie thyroïdienne adénomateuse dystrophique.
 - 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
Maroc - Casablanca
Tél.: 0522 98 84 / 0522 23 81 18
Fax : 0522 98 74 28