

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.

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.

Prothèse :

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° P19-0019453

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06992

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)


☐ Autre :

Nom & Prénom : JISMANI AHMED 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 ADHERENT

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 :

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

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

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

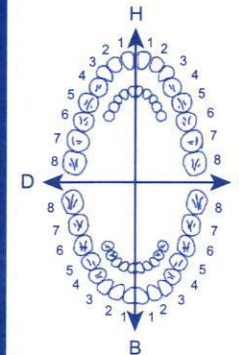
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

W17-105953

DATE DE DEPOT

...../...../201...

EMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **6992**

Prénom **JISMANI AHMED**

n **RETRAITE**

Phones.....

DECIN

Prénom du patient

rent ☒ Conjoint

☐ Enfant

Age

Date

de la maladie

Date 1ère visite

Hyoidectomie totale

Il d'un accident : Causes et circonstances

e des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

RMACIE

Date

t de la facture

LYSES - RADIOGRAPHIES

Date **6/4/19**

signation des coefficients

Montant détaillé des Honoraires

1545

600

LIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

PC

IM

IV

Honoraires

Dr. MOHAMED ROUBAL
Oto-rhino-laryngologie
N° **091033910**

Dr. MOHAMED ROUBAL
Oto-rhino-laryngologie
N° **091033910**

MUPRAS
17 AVR. 2019
ACCUEIL

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MARIAGE
33, Bd. Bir Anzerane 5ème Etage Apt. 9
Méd. - Casablanca
Tél. 0522 96 64 74 - 0522 33 91 10
Fax : 0522 96 74 28



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr : Dr Rooba

Nom et prénom du patient : JISMENI Ahmed

Age : 25/01/1959

Date de prélèvement : 04/04/19

Renseignements cliniques et paracliniques : Goutte chronique

Siège du prélèvement : Hydronephrose

Nature de l'acte réalisé : Biopsie

Thérapeutique préalablement instituée : Non

Actes chirurgicaux antérieurs avec références : Non

Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP :

Pour F.C.V et Biopsie endométriale à visée hormonale :

-Date des dernières règles : 01/03/19

-Parité : 0

-Thérapeutique antérieure ou en cours : Non

-Durée du cycle : 28

FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre

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

Signature et Cachet



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytologiste

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
Maarif - Casablanca
Tél.: 0522 98 64 71 / 0522 23 81 10
Fax: 0522 98 74 28

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

38, شارع بنزيران، الطابق الخامس الشقة 9 المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / الفاكس: 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

Thyroïdectomie totale portant sur 118 g le lobe dt

17. 7x4x3 cm, isthme 17. 2x1,5x1 cm,

le lobe gauche 7,5x5,5x2 cm.

À la coupe présente plusieurs nœuds variant entre

0,2x0,2 cm et 5,5x2 cm, étendus à la

la thyroïde, d'aspect ~~au~~ ^{de} colloïde, finement encapsulée.

192 le lobe dt 5 pr

3 isthme 2 pr

495 le lobe gauche 5 pr

CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARI

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

19020504

JISMANI AHMED

N° d'examen : **19020504**

Référence ant. :

Médecin traitant : Dr. ROUBAL

Date de réception : 05/04/2019

Barah

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

Nature de prélèvement : Thyroïdectomie totale.

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

Code Patient :

054408

Nom & Prénom :

Mr JISMANI AHMED

Âge : 60 ans

Sexe : M

Contenant :



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Date de réception : 05/04/2019

Date de réponse : 10/04/2019

Sexe : M

Age : 60 ans

N° d'examen : 19020504

Nom et Prénom : Mr JISMANI AHMED

Médecin traitant : Dr. ROUBAL

Nature du prélèvement : Thyroïdectomie 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 épithélial 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
Maarif - Casablanca
Tel.: 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28