

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.

Optique :

- 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-430130

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12653

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MANSOUR

Amay

Date de naissance :

26/02/1998

Adresse :

Jnane

California

Atm

Casablanca

Tél. : 0678729781

Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

23/07/19

Nom et prénom du malade :

EL OUALI

Age : 33

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

JAS

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 : Casablanca

Le : 25/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Amay

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

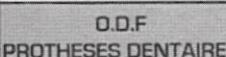
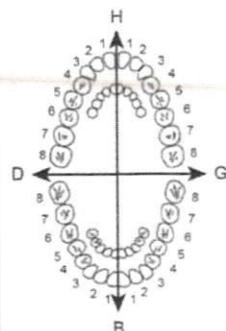
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D 00000000 00000000
35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SUFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DE GRINGS

DATE DU
DÉMIS

DATE DE
L'EMISSION



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRISS I

Dr. Latifa BADRE - Pr Hicham EL ATTAR

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : PR FESSOUD G. F

Nom et prénom : EL AALI Inaya MR MME MLLÉ ENF

Age : 53 ans

Référence : Seini G - QSC

Siège et nature du prélèvement : Sein G - QSC

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre
- Date des dernières règles : 28/01/2019
- Traitements éventuels : ATCD = Néo 3 mois

Renseignements cliniques et paracliniques :

Nodule Bénin 11 cm
ATCD = Néo 3 mois cheff/ cheff/

Radiographies :

Date : 23/7/19 Signature : Dr. H. EL ATTAR

CHU Ibn Rochd - Casablanca
Service Central de Radiologie
PROJET AL JAWAHER

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 23/07/2019

N° d'examen : 1907H0771

Date de réponse : 24/07/2019

Nom et Prénom : Mme EL OUALI IMANE

Sexe : F

Médecin traitant : Pr. ESSODEGUI

Age : 32 ans

Nature du prélèvement : Biopsie mammaire.

Renseignements cliniques : Nodule Birads 4 du QSE du sein gauche - ATCD de néo de l'ovaire chez la mère.

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné comporte sept fragments examinés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à du parenchyme mammaire, dont trois sont tumoraux occupés par une prolifération carcinomateuse infiltrante. Elle est faite de structures glanduliformes, de petits massifs et amas de cellules cohésives, à cytoplasme éosinophile, et à noyaux hyperchromes siégent d'atypies cytonucléaires modérées. L'index mitotique est modéré (6 à 8 mitoses /10 champ 40).
Présence d'images d'emboles vasculaires.

CONCLUSION : - Carcinome mammaire infiltrant de type NOS de grade II SBR modifié (3+2+2).
- Présence d'images d'emboles vasculaires.

Signé : Dr. L. BADRE

Dr. BADRE Latifa
Anatomocytopathologiste
86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Tél : 05 22 861836 et 86 18 29
ICE : 001633733000057
C.A.S.A.R.L.A.M.C.A

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 23/07/2019

Nom & Prénom : EL OUALI IMANE

N° d'examen : **1907H0771**

Date réponse : 24/07/2019

FACTURE N° 19/3794

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Biopsie mammaire.	B210	400,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
My IDRIS I^{er}
86 Bd. My Idriss I^{er} (face à l'Ecole Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél. 0522.861836 / 29 - Casablanca