

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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 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° W19-524140

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

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

Lien de parenté

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 confidentiels 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 :

Signature de l'adhérent(e) :


Dr. N. LATIF IDRISI  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

WADEH Notamou  
Prothèse totale de hanche

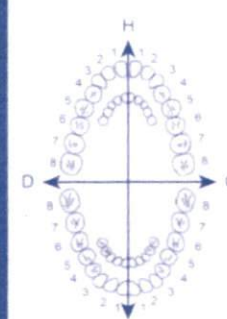
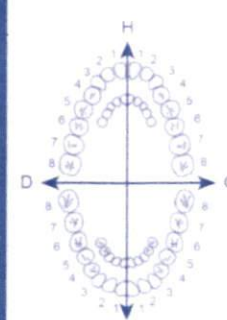


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/02/20	CS	général	2325	 DR. LATHE DENTISTE 35, Boulevard Massira 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

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. MISSOUBI DENTISTE Bd. B. Moussadek Tél: 0522 98 64 71 / 0522 23 91 40 Fax: 0522 98 74 28	11/02/20	2636	700

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

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 de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT 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	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															





# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

06.61.62.29.79

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr : L. IDRISSE

Nom et prénom du patient : M. WADEH. Ned

Age : 1991

Date de prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Don Maple

Siège du prélèvement : .....

Nature de l'acte réalisé : .....

Thérapeutique préalablement instituée : .....

Actes chirurgicaux antérieurs avec références : .....

Biopsie antérieure : Oui ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP :

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

Pour F.CV 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

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 17/02/2020

Nom & Prénom : WADEH MOHAMED

N° d'examen : 20101702

## FACTURE N° FA20000818

Nature du prélèvement

Montant TTC

Exérèse.

700,00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de Sept 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 بنرأزران، 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



# 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 : 17/02/2020

Date de réponse : 17/02/2020

Sexe : M

Age : 79 ans

N° d'examen : 20101702

Nom et Prénom : Mr WADEH MOHAMED

Médecin traitant : Dr. LATIF IDRISSE

**Nature du prélèvement :** Exérèse.

**Renseignements cliniques :** PTH.

## **COMPTE RENDU**

Matériel pesant 62grs, mesurant 9x9cm.

L'examen histologique des prélèvements réalisés, montre un tissu fibroadipeux et musculaire strié avec une muqueuse synoviale, dont le revêtement synoviocytaire est tantôt hyperplasique, tantôt ulcéré, occupé par un tissu de granulation polymorphe avec une néoangiogenèse réactionnelle et tapissé par un matériel fibrino-leucocytaire avec nécrose fibrinoïde. Il est fait de cellules lymphoplasmocytaire, histiocytaires avec des cellules géantes macrophagiques autour de séquestres osseux. Ailleurs, il est noté la présence de quelques amas lymphoïdes.

Absence de signes de spécificité ou de malignité.

### **CONCLUSION :**

- Remaniements inflammatoire sub aigus et chronique en poussée ulcérée sans spécificité.
- Absence 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