

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

Informations 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.

Physiothérapie :

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 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

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 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

CHBICHB Déclaration de Maladie

N° P19-0049837

ND=31646

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHBICHB LANA

Date de naissance : 28/08/62

Adresse : Boulevard de l'Indépendance n° 96

Californie Casablanca

Tél : 0661633351

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
21/01/2020	CS		280,0	[Signature]
	12 Cho		380,0	

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
LABORATOIRE D'ORTHODONTOLOGIE Mx. IDRISS 86 Bd My Idriss Charles de Foucauld 22 86 10 36 / 29 - Casablanca	28.01.2020	B206	201,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Latifa BADRE

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : 

Nom et prénom : MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 

Référence : 

Siège et nature du prélèvement : 

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☒ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : 

Radiographies :

Date : 

Signature : 

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
 My IDRIS I^{er}
 86, Bd My Idriss I^{er} (Face à l'école
 Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher - Casablanca
 T : 06 29 36 729

Prof. Wafae BISSIS
 Spécialité : Pathologie - Obstétrique
 T : 022 52 86 1 836 - 04 06 29 36 729
 M : 06 62 05 99 94

86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - Casablanca
 ☎ : +212 522 861 836 - 📠 : +212 522 861 829 - 📠 : 0662 05 99 94

Patente : 36349688 - I.C.E : 001633133000057 - INP : 091024588



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste

Diplômée de la Faculté de

Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 28/01/2020

Date de réponse : 30/01/2020

Sexe : F

Age : 57 ans

N° d'examen : 2001C0169

Nom et Prénom : Mme CHEBICHEB LAMIA

Médecin traitant : Pr. BISBIS

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné, après cytocentrifugation et étalement, montre un fond ponctué de polynucléaires neutrophiles et renfermant une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel et intermédiaire. Les rapports nucléo cytoplasmiques sont conservés. Les noyaux sont petits, réguliers et pycnotiques. Les cytoplasmes éosinophiles ou basophiles ont des bords modérément plicaturés. Présence également d'amas de cellules endocervicales régulières.

CONCLUSION : - Frottis normal.
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. L. BADRE

Dr. BADRE LATIFA
Anatomocytologiste
86, Bd. Moulay Idriss I^{er}
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 13 29
ICE : 00162313300087
CASABLANCA



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste

Diplômée de la Faculté de

Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 28/01/2020

Nom & Prénom : CHEBICHEB LAMIA

N° d'examen : 2001C0169

Date réponse : 30/01/2020

FACTURE N° 20/0501

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
FCV monocouche	B206	201,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux cent un Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
My IDRIS I^{er}
86 Bd My Idriss I^{er} (face à l'école
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél 0522 8618 836 - 0522 8618 829