

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

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Formation :

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.

Thérapeutique :

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2706 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : CHEBI CHEB LAZIA

Date de naissance : 28/08/62

Adresse : Collège emeul 04 Quai des Rives 1 n° 96

Tél. : 0661683351 Total des frais engagés : 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation 27/01/2002 Age :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent[e] :

Le : / /

RELEVE 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
21/01/2020 CS			280,00	280,00
			350,00	350,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

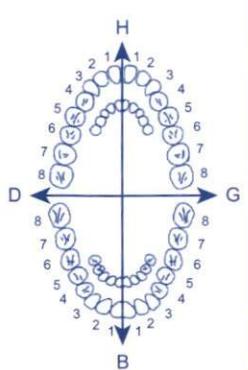
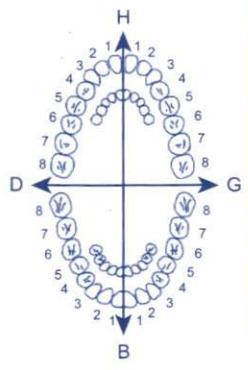
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE RADILOGIE MY IDRISS 86 Bd My Idriss 1er arrondissement Paris 75001 France Tél : 01 56 12 22 22	28.01.2020	R.206	201,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, 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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS
	00000000	00000000	B 35533411 11433553	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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 :

Dr Badre

Nom et prénom : MR MME MLLÉ ENF

Age : 54 ans

CHER BACHIR
LATIFA

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

PLV

Radiographies :

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
My. IDRIS I^{er}
Charles de Foucauld Résidence Al Jawaha
36/29 Casablanca

Date : 27/01/2023

Signature : Dr. Latifa BADRE

مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس الأول إقامة الجواهر - الدار البيضاء

86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaha - Casablanca

Tel : +212 522 861 836 - Fax : +212 522 861 829 - Tel : 0662 05 99 94

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

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste
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 Lamia
Anatomocytopathologiste
86, Bd. Moulay Idriss I^{er}
Tél : 05 22 86 16 36 et 86 15 29
ICE : 001623133000657
CABADL *

Dr. Latifa BADRE

Anatomopathologiste
Diplomée 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)
Résidence Al Jawaher - Casablanca
Tél: 0522 86 18 50 / 0522 86 18 50 29 00