

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° W19-537766

ND: 32494

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1608 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A220U2I - EL IDRISSI MY TAHAR

Date de naissance : 1950

Adresse : Rue Ahmed Kadmiri Ras Nadiou Im D Apt 13 CAA

Tél : 0663082895 Total des frais engagés : 150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZEMMAR ABDELMOURHIT
Spécialiste de l'appareil Digestif
Rés. Yassine N° 2, Hay Moubarka
Bernoussi Tél: 05 22 76 1025

Date de consultation : 21 / 05 / 2020 MY TAHAR

Nom et prénom du malade : A220U2I - EL IDRISSI MY TAHAR Age : 1950

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : TA - Diabète

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 : CAS Le : 21 / 5 / 20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ADOUUELL

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
21/05/2022				INP : 09428231

Dr. SEMMAN ABDELMOUMINE
Spécialiste de l'Appareil Digestif
Rés. Yassine N° 1 - Hay Mohammadia
Tél : 05 22 76 78 25

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
	23/05/2022	P 409	450,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

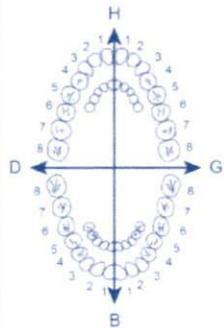
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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"/>

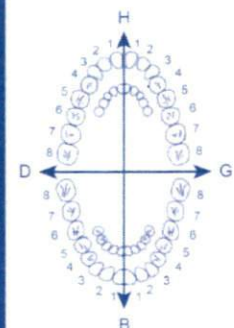
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 28/05/2020

Nom et prénom: MR AZZOUZI EL IDRISS
Sur ordonnance du Dr: SEMMAR A.
N° d'anapath: 174AHB0520

Parvenu au laboratoire le 23/05/2020

Organe ou siège du prélèvement: Duodénum, estomac

Renseignements cliniques: Age: 70 ans
Muqueuse antrale inflammatoire congestive
HP ??

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Duodénum

Nombre de fragments : 1

Rapport cryptes/ villosités : 1/ 3

Revêtement des cryptes et des villosités : entérocytaire bien différencié

Chorion : oedémato-congestif

infiltrat lympho-plasmocytaire mature physiologique sans signe d'exocytose

Musculaire muqueuse : sans particularité

Sous muqueuse : lobules de glandes de Brunner normales

Parasite : absent

Conclusion : Muqueuse duodénale tout au plus oedémato-congestive

Absence de signe d'atrophie ni d'infestation parasitaire

Pas de malignité

Estomac

Nombre de fragments : 3

Nature du prélèvement :

- Antre = 2 fragments

- Fundus = 1 fragment

Epithélium de surface : Cylindrique simple normal

Couche des glandes : Trophicité conservée (Stade 0 de OLGA)

Glandes bien différenciées, régulières, sans anomalie cytonucléaire

Chorion : Fibro-oedémateux

Discret infiltrat inflammatoire intersticiel, lympho-plasmocytaire, sans polynucléaire

Musculaire muqueuse : Présente

Helicobacter pylori (Coloration spéciale) : Absent

Conclusion : Discrète gastrite antro-fundique intersticielle chronique, sans signe

d'atrophie (Stade 0 de OLGA), sans activité et sans helicobacter pylori

Absence de signe de dysplasie ni de métaplasie

Pas de malignité

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID
CES d'Anatomie et de Médecine
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique
de l'Hôpital de l'Université Hassan II
30, Rue C
Tél: 05 22 44 51 00
Gsm: 0661 32 20 02



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

HPC20E21101738

HP

M. AZZOUZI-EL-IDRISS

Né le : 01/01/1950

M.

Né

HP

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. 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