

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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



Déclaration de Maladie

N° W19-537766

ND: 32494

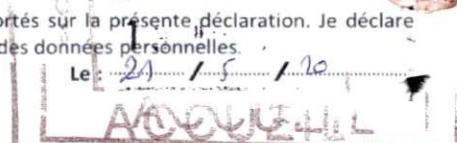
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1608	Société :	Nam
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : A21002i - EL IDRISI My. TAHAR			
Date de naissance :	1950	Rue Ahmed kabmii Ros Nadia Im D Apt 13 CAA	
Adresse :			
Tél. :	0663082895	Total des frais engagés :	450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
DR. SEMMAR ABDELMOURIT <i>Spécialiste de l'appareil Digestif</i> Rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka Berkoussi Tel: 05 22 76 7025			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	21/05/2020	Age:	18,50
Nom et prénom du malade :	Azzouzi El DAIKI NY THY RC		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	FQ - DM		
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

Signature de l'adhérent(e) : *El DAIKI*



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
10/05/2023	cr		6	INP : 9428231
				Dr. SEMMAR ABDALLAH MOURHID Spécialiste de l'Appareil Digestif RDC Vaccinale

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
MINISTÈRE DE LA SANTE Laboratoire de Pathologie Centre Hospitalier Universitaire de Québec CHU de Québec Université Laval 11 AOÛT 2011	23/08/12	P 409	450,00\$

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

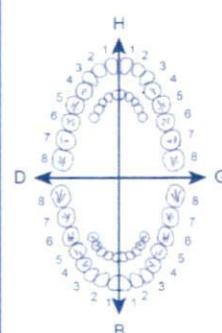
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

D
 G

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

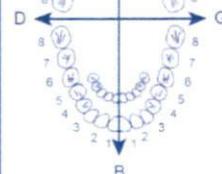
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]

Digitized by srujanika@gmail.com



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 IDRISSE
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 :

- Antrum = 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

Hélicobacter pylori (Coloration spéciale) : Absent

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

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

Absence de signe de dysplasie ni de métaplasie

Pas de malignité

Dr. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID
CES d'Anatomie
de Médecine
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique
de l'Hôpital
S. O. Puer
T. 0522 44 51 00
GSM: 0661 32 20 02

Gx

Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

HPC20E21101/38

HP

De la part du Dr.

M. AZZOUI-EL-IDRISS
Né le : 01/01/1950

M.
Né

Nom et Prénom du Patient



HP

Age

HPC20E21101738

Date du prélèvement

26/05/2020

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Biopsie Dr. de hals

Au niveau et fructigene

- au niveau de l'utérus inflammatoire

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Curetage

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

H2 27

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

10/05/2020

- Parité

1/0

- Thérapeutique antérieure ou en cours

Oral

- Durée du cycle

28 Jours

- FCV : Vagin Exocol Endocol

- CBE : Endomètre

Signature et Cachet