

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.

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.

Educational :

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.

Maladie chronique :

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

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.n.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0030789

ND: 34416

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nabil Aoud

Date de naissance : 11 Août 1963

Adresse : 31 Avenue Hassan Saubhani Casa

Tél. : 06 61 31 66 64 Total des frais engagés : 820,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/20

Nom et prénom du malade : Abdou Samira Age: 56

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

Nature de la maladie : Infection urinaire

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-030789

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

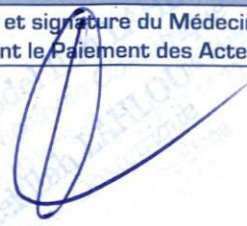
Matricule : 7462

Nom de l'adhérent(e) : 820

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
30/01/20	4		200 DH	
30/01/20	6		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

L.A. C.P.
 82 Rue Moussa Ibnou Noussair
 Tel : 022.26.34.03 / 20.24.30
 Fax : 022.20.24.31 - CASABLANCA

30 JAN 2020 P242 320 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

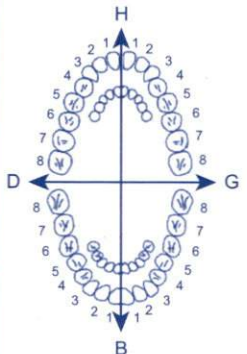
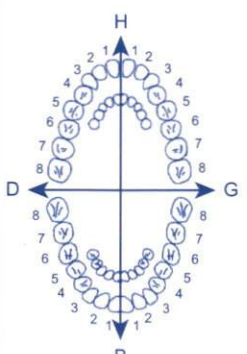
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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></td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CABINET DE PATHOLOGIE - DOCTEUR HAMAMSI M. TAOUFIK

ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

CASABLANCA, LE 01/02/2020

RECU LE : 30/01/2020

AGE : 56 ANS

ORGANE : Frottis cervico-utérin en milieu liquide.

M^{me} / M^{lle} / Mr / Enf : BENDAOUD SAMIRA

PRESCRIPTEUR : DOCTEUR LAHLOU ABDELILAH

REF : 0/20/01/274

EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE

TECHNIQUE MONOCOUCHE :

Qualité du frottis : optimale.

Diagnostic descriptif :

1) Evaluation hormonale :

Atrophie.

2) Microbiologie :

Inflammation significative faite de plages de polynucléaires neutrophiles. Flore lactobacillaire de Doderlein de faible abondance.

3) Modifications réactionnelles :

Desquamation en lambeaux. Quelques cellules dystrophiques avec binucléations.

4) Cellules pavimenteuses :

Desquamation faite de cellules basales et parabasales régulières isolées ou en lambeaux. Par ailleurs présence de quelques cellules basales aux noyaux augmentés de taille hyperchromatiques.

5) Cellules glandulaires :

Présence de cellules endocervicales en début de métaplasie.

CONCLUSION :

- Frottis cervical jonctionnel, de ménopause atrophique modérément inflammatoire avec atypie malpighienne ne pouvant exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade ASC-H, nécessitant ainsi un contrôle colposcopique

Médecin remplaçant
Pr. HICHAM EL ATIAH

L.A.C.P.
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Tél : 0522.26.84.03 / 20.24.30
Fax: 0522.20.24.31 - CASABLANCA

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Docteur HAMAMSI Mohamed Taoufik

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

* Ordonnance du Docteur

A. Lahlm

* Pour Mme ☒ Mr ☐

Mlle ☐

Enf. ☐

Belkacem Jamila

* Age

56

* NATURE DU PRÉLÈVEMENT

* CYTOLOGIE

- Frottis de dépistage : Vagin

Exocol ☐

Endocol ☐

Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

* RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

L.A.C.P.
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Tél : 022.26.84.03 / 20.24.30
Fax : 022.20.24.31 - CASABLANCA

* RADIOGRAPHIES :

DATE

30/01/20

CACHET

