

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.



## Déclaration de Maladie

PNT

N° W19-473242

Tenir compte de confinement

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3681

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBT I CAMAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 18 19 04

Total des frais engagés

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

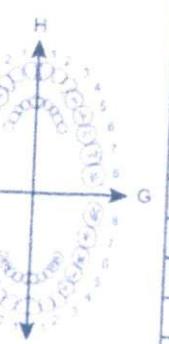
Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes
16/01/2020	CS		250.00 300.00	2020-01-16 10:00:00 Signature : 09108

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>LA BORATOIRE DE PATHOLOGIE M. DUTREUIL 1er 86 Bd M. Kress 1er (F-75003 Paris) Charles de Foucauld 26 Tel: 55-52-52-52</i></p>	17.01.2021	Bla b	200,00 DT

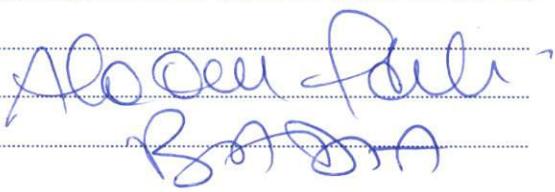
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>													
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>													
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>													
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25523412</td> <td>21433550</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35523411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>		H	25523412	21433550	D	00000000	00000000	B	35523411	11433553	G	00000000	00000000
H	25523412	21433550													
D	00000000	00000000													
B	35523411	11433553													
G	00000000	00000000													
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>													
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>													
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>													
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>													

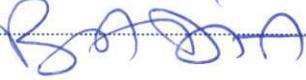
Dr. Latifa BADRE

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : 

Nom et prénom :  MR  MME  MLLE  ENF

Age :  Alohae Latifa

Référence :  Badra

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endometre
- Date des dernières règles :
- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques

Radiographies :



Signature : 01/02/2020

N° 3681

W19-473242

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytopathologiste  
 Diplômée de la Faculté de  
 Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 17/01/2020

Nom & Prénom : ALAOUI FDILI BADIA

N° d'examen : 2001C0106

Date réponse : 21/01/2020

## FACTURE N° 20/0239

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. IDRISSE 1<sup>er</sup>  
 86 Bd My Idriss 1<sup>er</sup> Académie  
 Charles de Foucauld Résidence Al Jawaher  
 Tél: 0522 861836 / 29 - Casablanca



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I<sup>er</sup>

Oncologie & Diagnostic du Maroc

№ 3681

WIG - 47 396

Dr. Latifa BADRE

Anatomopathologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 17/01/2020

N° d'examen : 2001C0106

Date de réponse : 21/01/2020

Nom et Prénom : Mme ALAOUI FDILI BADIA

Sexe : F

Médecin traitant : Pr. BISBIS

Age : 45 ans

**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 nucléocytoplasmiques sont conservés, et on note une légère hypertrophie nucléaire mais avec une chromatine fine. Présence également de petits amas de cellules endocervicales normales.

**CONCLUSION :** - Frottis modérément inflammatoire.  
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. L. BADRE

LATIFA BADRE LABRE  
Anatomopathologiste  
Dr. My. Idriss I<sup>er</sup>  
Tél: 05 27 86 18 36 et 86 18 29  
Tél: 05 27 86 18 36 et 86 18 29  
ICE: 001630123000057  
CASABLANCA