

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.

Éducation :

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

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.

Nº P19- 049745

ND: 46219

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4754

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUNAKA NITÉ

SAWAD

Date de naissance : 14/08/1960

Adresse : 105, Rue Abou El Waqt Sangane 614

Tél. : 0671926895

Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mounaka Nite SAWAD

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

La Vesicule Biliaire

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 : 05/11/20 à CASA

Le / /

Signature de l'adhérent(e) :

MSY

05 NOV. 2011

KCCUEIL

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
19/10/2020	do do	CG	centatante	الدكتور نور الدين الراضي Docteur N. RADHI Chirurgien جراح Clinique Atlas - Casa INPE : 091117671

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
	20/10/16	PSU	600,00
52, Bd Zektouni 0522 77 51 31 - Fax: 0522 77 50 00			

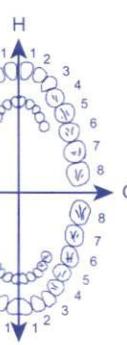
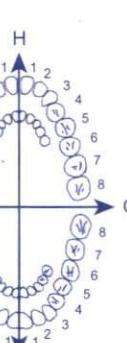
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 cœ

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- 19/10/2020

- Mme MOUTAKANIT
Slim AïD

- Demande d'Examen
Anatomopathologique
de la pièce d'exérèse

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien
Clinique Atlas - Casablanca
INPE : 091117671



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 23/10/2020

Duplicata

FACTURE N° : 20/10616

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

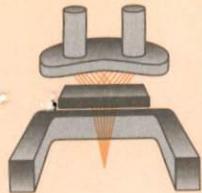
SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **20/10/2020**

Pour **MOUTAKANITE SOUAD**

Sur ordonnance du : **Dr RADHI NOUREDDINE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 022.22.22.51.31/22.2251.34 Fax: 022.22.50.90



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 22/10/20

Nom & Prénom: Mme MOUTAKANITE SOUAD
Sur ordonnance du: Dr RADHI NOUREDDINE
Réf: 20H10486

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 20/10/20
Organe ou siège du prélèvement : Vesicule biliaire
Renseignement(s) clinique(s): Age : 60 ans
Cholécystectomie

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Vésicule biliaire de 7,5 cm de long et 3 cm de diamètre, à paroi souple et à muqueuse conservée.

Les différentes coupes réalisées montrent une muqueuse représentée par des villosités allongées dont les axes sont occupés par des amas d'histiocytes spumeux et revêtus d'un épithélium cylindrique haut sans anomalie. La musculeuse est sans particularité. La séreuse est oedémato-congestive et renferme des vaisseaux et des filets nerveux hyperplasiques.

Conclusion : Cholécystite chronique avec cholestérolose
Pas de malignité.

Dr Nouhad BENKIRANE
Dr. BENKIRANE Nouhad
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél. 22.51.31 - 22.51.34
Fax. 22.51.98 - 22.50.98