

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.

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

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° P19- 060566

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02317 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUADI YAMMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzane - Médina
Tél. : 05 22 28 84 84
05 22 96 14 67

Date de consultation : 13 OCT. 2020

Nom et prénom du malade : EL GUADI YAMMA

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 21/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Eyad



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
13 OCT. 2020	A		650	
13 10 20	K10		650	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/10/20	241	529,74

AUXILIAIRES MEDICAUX

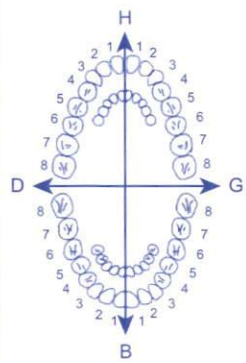
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



W 2160N

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Nom et prénom : EL GUADI Yomna Age :

Ordonnance du Docteur : BELQADI

Référence anatomopathologique antérieure :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques : Biopsie glandes salivaires
accessoires (lèvre inférieure)

* Frottis de dépistage : * Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitements éventuels :

Date :

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
119, Bd. Bir Anzarane - Maarif
Tél : 05 22 23 84 84
Fax : 05 22 98 14 67

14 OCT 2020

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maarif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67
Signature :

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim Roudani Casablanca

TÉL: 05 22 23 08 76 - FAX: 05 22 98 48 67

anapatibnsina@iam.net.ma



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu du : 15/10/2020

**Réf : ORW2160N
EL GUADI YAMNA
Adressé(e) par : Dr BELQADI**

Reçu le : 14/10/2020

Age : 65 ans

**Nature du prélèvement : Biopsie des glandes salivaires accessoires
(lèvre inférieure)**

Renseignements cliniques :

Trois fragments sont examinés. Ils mesurent 2mm/2mm chacun.

L'étude histologique montre des glandes salivaires accessoires d'architecture normale. On note une légère exagération de la lobulation. Il existe un infiltrat inflammatoire lymphoïde interstitiel, modérée (moins d'un focus par 4mm²). On note une sécrétion mucoïde endoluminale par endroits.

Il n'est pas identifié de granulome sarcoïdosique.

Il n'est pas observé de dépôt amyloïde.

CONCLUSION : Aspect de sialadénite lymphocytaire de grade 2 de Chisholm et Mason.
Il n'est pas observé de signe histologique de spécificité ni de malignité.

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

Dr Zahra BENAMOUR BIAZ
Anatomopathologiste

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400
Tél : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67
Brahim