

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	398	Société :	ANM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MARABOUT
Nom & Prénom :		BEN YOUSSEF	
Date de naissance :		19/01/1983	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

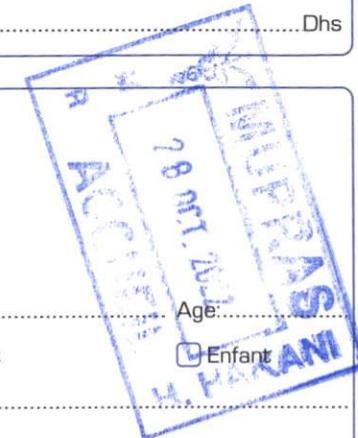
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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) : 



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

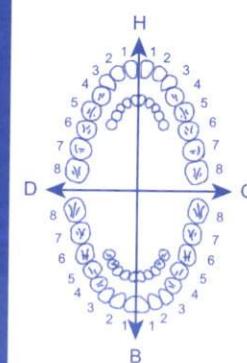
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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° W21-714734

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 398			
Société : Veuve			
Nom & Prénom : MRABET NAÏKA veuve AOUBA			
Date de naissance : 01-01-1965			
Adresse : Cité de la C.U. Bloc 5 n° 216 Nag Hassani Casablanca			
Tél. : 0661338135 Total des frais engagés : 1408,90 Dhs			

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17/10/2022			
Nom et prénom du malade : MRABET NAÏKA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection Digestive			
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.

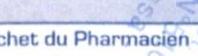
Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/10/2022

VOLET ADHERENT			
Déclaration de maladie N° W21-714734			
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 : _____			
Nom de l'adhérent(e) : _____			
Total des frais engagés : _____			
Date de dépôt : _____			

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
12/10/2022			<i>Accès ut</i>	INP : 111-111-1111 001205900

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.10. 22	808.20.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Caract. et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Meryem TCHERKAOUI IMP : 0910 41384 Tél. : 05 22 54 01 93 Bo Rehal El Meskini - Casablanca	17/10/82	PSSO	600 DH.

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
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 de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
ODF PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Casablanca, le 19/10/2022

Nom & Prénom : MRABET Malika
Prescrit par : Dr HALLOULY Ikram
Ref. : 22H1179

Prélevé ou parvenu au laboratoire le : 17/10/2022

Organe ou nature du prélèvement : 1/ Colon. 2/ Estomac.

Renseignement(s) clinique(s)

: Age : 57 ans

Biopsies coliques étagées. Gastrite antro-fundique pétéchiale congestive.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1/ Colon :

6 sections histologiques séries sont réalisées sur les 4 fragments biopsiques reçus. Ces p montrent une très discrète colite interstitielle sur une muqueuse non atrophie, à surface peu sinuose ou légèrement aplatie, non érodée. Le chorion interstitiel est le siège d'un infiltrat inflammatoire lymphoïde mononucléé grêle, en quelques oints légèrement plus dense, composé de lymphoplasmocytes et d'éosinophiles épars. Y est repéré un petit îlot lymphoïde à centre clair sans autre particularité. Les glandes coliques ont une mucosécrétion cellulaire conservée ; normale. On ne leucocytaires décrit pas d'aspect dédifférencié ni de micro-abcès. Le "screening" au fort grossissement repère une légère augmentation des lymphocytes intra épithéliaux associés à de très rares polynucléaires, sans lymphocytose accrue notable.

Pas de colite microscopique de type lymphocytaire ou collagène.

Pas de MICI à minima.

2/ Estomac :

Le prélèvement biopsique reçu comporte :

-Un fragment de muqueuse duodénale sans particularité lésionnelle notable, dont la surface est hérissée de villosités intestinales globalement bien déroulées, par places légèrement raccourcies ou branchues, sans réel caractère atrophique notable. Leur revêtement épithéial entérocytaire est orthoplasique, non dédifférencié, dépourvu de lymphocytose accrue. Pas d'atrophie villositaire ni de réel aspect inflammatoire.

-4 fragments de muqueuse antro-fundique légèrement inflammatoire, micro-congestive, non atrophique et non métaplasique, à épithélium superficiel focalement abrasé, sans réel aspect érodé ou exulcé apparent. Son chorion interstitiel est occupé par un infiltrat inflammatoire mononucléé lymphoplasmocytaire grêle, régulièrement réparti, englobant par ailleurs de rares polynucléaires, sans îlot lymphoïde à centre clair associé. Il n'a pas été relevé de dédifférenciation épithéliale glandulaire ni de micro-abcès. Pas d'atypies cellulaires dysplasiques.

Recherche d'HP négative.

CONCLUSION :

*Colon : très discrète colite interstitielle sans caractère spécifique. Pas de colite lymphocytaire ou collagène ni de MICI à minima.

*Gastrite antro-fundique minime micro-congestive, non érosive, sans atrophie ni métaplasie intestinale notables.. Pas de dysplasie. Recherche d'HP négative.

*Muqueuse duodénale sans anomalie histologique notable. Pas d'atrophie villositaire.



59, Bd Rahal El Meskini - 3ème Etage - Casablanca الدار البيضاء - الطابق الثالث - 59

Tél. : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02 - E-mail : patholab6@hotmail.fr - Taxe Professionnelle : 34303849 - I.F. : 41903849

I C E : 001807132000085 - I N P E : 091041384



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **MRABET Malika**

FACTURE N° : 22/1251

DATE : 17/10/2022

Désignation	Cotation	Montant
Biopsies x (2 Flacons)	550P	600,00
Total Cotation		Total Montant
		600,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS





G804268
HAY HASSANI

14

0661332135

600 11 Abchourmen

Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Date : 17/10/2018

Demande d'Examen anatomo - cytopathologique

Nom & Prénom : MRABET MALIKA Age : 1965

MRABET Malika

e Dr.

22H1179 #
Dr HALLOULY Ikrar 17/10/22

...site du prelevement :

① Colos

② Estomac

Renseignements cliniques / antécédents :

① Coliques épileptiques
② Ostéite Antis dique péritoniale
cognitive



Dr. IKRAM HALLULY
GASTROINT. POL. CL. E.
1, Rue Bécharia - Casablanca
Tel: 05 22 77 77 77 - 05 22 47 16 20

Cachet et Signature :

59, Bd Rahal El Meskini 3^e étage Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 Fax : 05 22 44 78 02

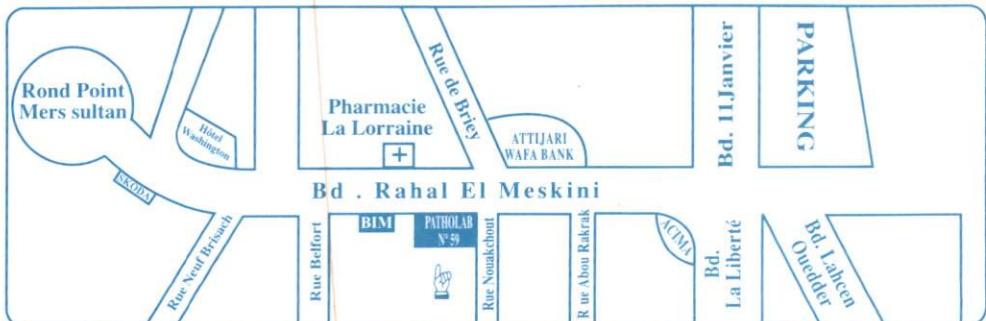
Email : patholab6@hotmail.fr



Laboratoire de pathologie ☆ Pathology Center

Dr. Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France



Le laboratoire peut récupérer vos prélèvements sur place

شارع رحال المسكيني - الطابق الثالث، الدار البيضاء الهاتف : 05 22.54.01.93 الفاكس : 05 22.44.78.02
59, Bd. Rahal El Meskini 3^e étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02
E Mail: patholab6@hotmail.fr

E-Mail: patholab6@hotmail.fr / Accès google : Laboratoire Patholab Casablanca
59, Bd. Rahal El Meskini 3^e étage - Casablanca - Tel. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02





Casablanca, le

17/10/2022

M MRABET MAIKA

- 1/ Cimet cp Avant les 2 repas
1 saire
226,5 + 1 cp x 2/j
- 2/ ESAC 40 g gel.
50 gel x 2/j 1 mois
- 3/ Anago Après repas
2 ca 5 x 3/j
- 4/ Anaxol ep S.V
15 فرنك
Dr. IKRAM HALLUCY
GASTROENTEROLOGISTE
7, Rue El Moutawakel - Casablanca
Tel: 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06
E-mail : cliniqueabdelmoumen@gmail.com
1/2 - 0 - 1/2 cp le soir
- 5/ Allgocin gel
16gel 15 فرنك

Cinet® 10 mg

30 comprimés



6118000280323

LOT: 21019 PER: 01/2024
PPV: 44,00 DH

3617a

226,00

33



33785/01

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

LOT: 21004
PER: 02/24
PPV: 325DH00

226,00

LOT : 9942
UT. AV: 06 - 25
P.P.V: 30 DH 50

