

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 Étage 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° M21- 080491

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04198 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAIB HARCHACHE

Date de naissance : 04-11-1961

Adresse : Cité HASSANI BLOC 925 N°35 CAS

Tél. : 0666624375 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1^{er} / 11 / 2018

Nom et prénom du malade : TAHIRI KHADOUJ Age : 55

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

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 24/01/23

Signature de l'adhérent(e) :


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

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
	03/01/23	8365	400,0H

AUXILIAIRES MEDICAUX

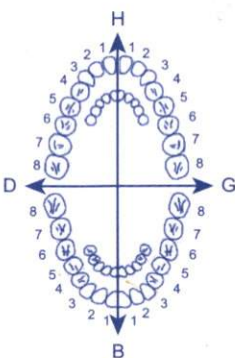
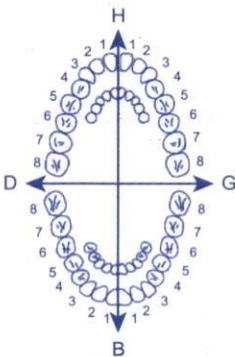
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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>G</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	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA

CASAPATH

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Age :

Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
IBN KHALDOUN
Dr. F. SERKAT
104, Bd. Anfa et Boue Charrif

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure :

☐ Oui

☐ Non

Réf :

FCV :

☐ Vagin

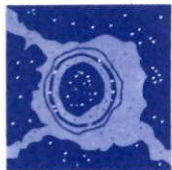
☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernières règles :

Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 34821

CASABLANCA LE : 03/01/2023

Analyses effectuées le: 03/01/2023

Pour.....: **Mme TAHIRI KHADDOUJ**

Sur prescription du: Dr ELOUARDI MERIEM

Code.....: 23WY9836



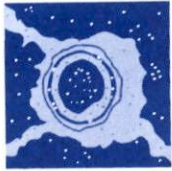
Organisme.....:

Montant Net : 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE
D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 bis, Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : TAHIRI KHADDOUJ

Docteur : ELOUARDI MERIEM

Age : 55A ans

Date de réception : 03/01/2023

Code Patient : 23WY9836

Organisme :

Organe :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Fibroscopie oeso-gastro-duodenale.

Oesophage : Cardia à 38cm des AD

Muqueuse œsophagienne d'aspect normale.

Estomac : lac muqueux clair peu abondant

Plis fundiques conservés

Muqueuse fundique érythémateuse

Muqueuse antrale érythémateuse.

Rétroversion : même aspect sus décrit

Bulbe-D2 : Muqueuse duodénale d'aspect normal.

Conclusion : aspect de gastrite antro-fundique érythémateuse.

Les fragments biopsiques examinés correspondent à l'examen histologique à des fragments d'une muqueuse gastrique de type antral.

Au niveau fundique, l'architecture globale est respectée, de hauteur non modifiée, à relief quelque peu plissé et bordé d'un revêtement cylindrique, mucosécrétant, tapissant des cryptes profondes. En regard, le tissu interstitiel est bien vascularisé, infiltré d'une manière minime, d'éléments mononucléés avec des glandes cryptiques en bon nombre de distribution régulière, à revêtement tout à fait régulier. La couche glandulaire muqueuse fundique est également en bon nombre, à structures régulières, peu dilatées, très peu dissociées par l'infiltrat mononucléé.

Au niveau antrale, l'architecture globale est respectée, de hauteur non modifiée, à relief fortement plissé et bordé d'un revêtement cylindrique, mucosécrétant, tapissant des cryptes profondes et tortueuses. En regard, le tissu interstitiel est bien vascularisé, il est infiltré d'une manière très modérée d'éléments de type lymphoplasmocytaire, rarement des amas lymphoïdes avec des glandes cryptiques en bon nombre de distribution régulière, à revêtement régulier.

La couche glandulaire muqueuse antrale est également en bon nombre, à structures tout à fait régulières.

La coloration au GIEMSA n'a pas individualisé d'*Helicobacter pylori* sur ce prélèvement.

A noter la présence d'un relief muqueux sans particularité.

CONCLUSION :
- Gastrite antrale interstitielle modérée.
- Absence d'*Helicobacter pylori* sur ce prélèvement.
- Absence de métaplasie ou de dysplasie.
- Absence de malignité sur ces prélèvements.

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104, Bis Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT

Signé : DR F. SEKKAT