

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                                 | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                             | : pec@mupras.com      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *04198* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *Bachir HARCHACHE*

Date de naissance : *04-11-1961*

Adresse : *cité HASSANI BLOC 995 N° 35 CAS*

Tél. : *0666694975* Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *1er/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 : *24/01/2018*

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**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>TOIRE JE PATHOLOGIQUES</b> <b>LION KHALDOUM</b> <small>105, Bld Abdellah Ben Badis - 1000 Casablanca</small> <b>DR. F. SEKKAT</b> <b>DR. A. BRITEL</b>	03/01/23	8365	400,00

## 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.

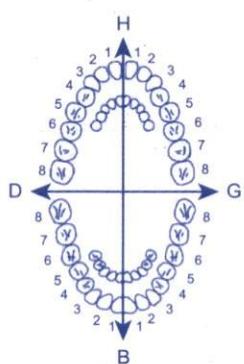
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

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 : ..... Toloui - Khaosoloay

Age : ..... 54 ans Sexe : ..... F

Date de prélèvement : ..... 30/11/2012

Renseignements cliniques et paracliniques : ..... Epistostolgies

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES  
104, Rue Auguste Delphinal, Casablanca et Rue Charrua  
Dr. F. SEKKAT  
Dr. A. BRITEL

Organe prélevé : ..... Biopsies endo/Extrins

Nature de l'acte réalisé : .....

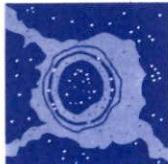
Biopsie antérieure : .....  Oui  Non Réf : .....

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



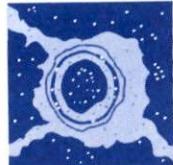
Organisme.....:

Montant Net : 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS Dhs 00 Cts

Dhs LABOKHA  
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

Organisme :

Code Patient : 23WY9836

Organe :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Fibroscopie oeso-gastro-duodenale.

Œsophage : Cardia à 38cm des AD

Muqueuse œsophagienne d'aspect normale.

Estomac : Iac 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 mononucléée.

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'Hélicobacter pylori sur ce prélèvement.

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

CONCLUSION :

- Gastrite antrale interstitielle modérée.
- Absence d'Hélicobacter 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 Chatilah  
Dr. F. SEKKAT

Signé : DR F. SEKKAT