

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'...  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011025

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2306 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA DRISS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : MÈNE

Tél. : 06 73275780 Total des frais engagés : 6000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : CASA Le : 27/06/2023

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
	27/06/23	PSUS	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

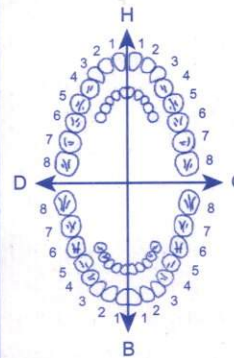
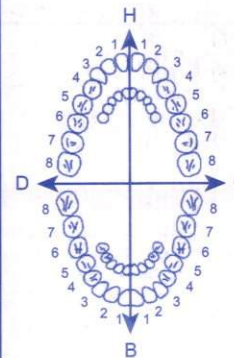
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI  
Laboratoire d'Anatomie  
et de Cytologie Pathologiques

# إستولابو

الدكتورة بناني نجية  
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

**Casablanca le : 27 / 06 / 2023**

**FACTURE N° 23/1457**

**Nom et prénom : BENYAHIA DRISS**

**Organe(s) : Duodénum + Estomac**

**Cotation : P545**

**Montant ( Dh ) : 600,00**

**HISTOLABO**  
132 Avenue HASSAN II  
Casablanca 20070  
Tél : 0522 223 044





عيادة التشريح الدقيق

Cabinet d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Dr. BENFARES Leila • ليلى بنفارس • الدكتور

Dr. Sara LOUDCHIRI  
Médecin Spécialiste en  
Hépatogastroentérologie  
Angle rue Rais Mansil, et Omar Slaoui  
Imme N°7, Appt 14, Kélibate - Rabat  
Tel: 05 37 69 69 24 - 06 97 59 10 95

Date :

Dr. Loudchiri  
Sara  
Cachet du prescripteur

27 June 2023

Nom et Prénom : Mr. Benyahia Doss

Age :

Téléphone :

☐ SANS ☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Assurance

NATURE ET SIEGE DU PRELEVEMENT :

(I) alcool + auto - fumeur  
(II) Cancers

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – TRAITEMENT EN COURS

Cancer de l'estomac  
Pneumonie emphysémateuse

Dr. Sara LOUDCHIRI  
Médecin Spécialiste en  
Hépatogastroentérologie  
Angle rue Rais Mansil, et Omar Slaoui  
Imme N°7, Appt 14, Kélibate - Rabat  
Tel: 05 37 69 69 24 - 06 97 59 10 95

7 زنقة واد سوس أكداال الرباط  
Rue Oued Souss - Agdal - Rabat  
05 37 77 83 44 / 05 37 77 15 05  
05 37 77 83 44  
06 66 90 71 11

HISTOLABO  
132 Avenue HASSAN II  
Casablanca 20070  
Tel : 0522 223 044

REF : H2306194

Il n'est objectivé aucun indice histologiquement suspect dans les limites de ce matériel biopsique.

**HISTOLABO**  
Dr. Najia BENNANI  
132, Av. Hassan II - Casablanca  
Tél : 05 22 22 30 44



# HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI  
Laboratoire d'Anatomie  
et de Cytologie Pathologiques

# إستولابو

الدكتورة بناني نجية  
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca, le 04/07/2023

Dr : SARA LOUDGHIRI

Mr : BENYAHIA DRISS

Age : 70 ans

Prélèvement parvenu au laboratoire le : 27/06/2023

Organe : Duodénum + Estomac ( Cardia érosif. Pangastrite érythémateuse )

## COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Réf : H2306194

**Duodénum + Estomac** : Matériel biopsique en 3 fragments :

1 fragment est duodénal montrant de discrètes anomalies inflammatoires sans caractère spécifique : En surface, il n'est pas objectivé de Giardia Lamblia. Les villosités sont de hauteur normale avec rapport cryptes/villosités de 1/3. Le chorion muqueux héberge des lymphoplasmocytes. Les glandes paraissent normo-sécrétoires et régulières. La sous-muqueuse est nettement repérée, à glandes normo-sécrétoires.

2 fragments proviennent d'une muqueuse antro-fundique remaniée par des phénomènes inflammatoires à caractère inactif sans Helicobacter Pylori. L'infiltrat interstitiel est composé de lymphoplasmocytes et de quelques polynucléaires neutrophiles. Les glandes sont régulières et bien différenciées. La muscularis mucosae est partiellement repérée au sein de la muqueuse antrale, sans anomalies notables.

**CONCLUSION : DISCRETE PANGASTRITE INACTIVE SANS ATROPHIE GLANDULAIRE OU METAPLASIE INTESTINALE ET SANS HELICOBACTER PYLORI.**

**MUQUEUSE DUODENALE DISCRETEMENT REMANIEE PAR DES PHENOMENES INFLAMMATOIRES SANS CARACTERE SPECIFIQUE.**

**Cardia** : Matériel biopsique en 4 fragments représentant une muqueuse cardiaque en partie bordée par un épithélium cylindrique de type cardinal volontiers hyper-sécrétoire, ailleurs par un épithélium malpighien œsophagien hyperplasique et discrètement papillomateux, à cellules très bien ordonnées par places vacuolaires sans atypies nucléaires.. Le chorion est œdémato-congestif et comporte une cellularité polymorphe comportant des lymphoplasmocytes et quelques polynucléaires neutrophiles.

**CONCLUSION : ASPECT HISTOLOGIQUE D'UN ENDOBRACHYŒSOPHAGE AVEC LESION DE GASTRITE SANS CARACTERE SPECIFIQUE ET AVEC HYPERPLASIE EPITHELIALE ŒSOPAGIENNE SANS CARACTERE DYSPLASIQUE.**