

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES PERTES



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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

Nº M20- 0005751

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7086

Société :

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JEKE HASSAN

Date de naissance :

01.01.57

Adresse :

DR WAFA H 297 DEROLY

Tél. :

066213566

Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age:
 Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

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 : / /

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 honoraires
22/2/2013	Consultation	gratuit		

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
<i>LABORATOIRE 4, Boulevard de l'Est CP 1000, Montréal, Québec, Canada H2L 1A5 Téléphone : 342-06519 - Téléc. : 418-682-1900 Téléc. : 342-06519 - ICE : 00153241900111</i>	15.18.123	P 375	500.00\$

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		TRAVAIL A FAIRE <table border="1"> <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>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
		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"/>												

4 ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5^{ème} étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax: 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com
INPE: Lab: 091070078/ Med.: 093002921- ICE: 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Academie Internationale de Pathologie

LABORATOIRE UNIVERSITAIRE

Pour

Mr JEMEL HASSAN

Prescripteur : DR CHOUKRI ASSIA
Age : 66 ANS
Référence : 7SAH3T
Parvenu : Le 15/08/2023
Répondu : Le 22/08/2023
Organe : COLON.
Diarrhées : 4 selles/ jour ;
Colonoscopie: RAS ;
Biopsies coliques.

- COMPTE-RENDU HISTOPATHOLOGIQUE -

Les 7 fragments biopsiques transmis ont tous été étudiés sur coupes rapprochées et étagées.

L'étude microscopique montre des fragments de muqueuse colique recouverte d'un épithélium continu mais fragilisé et dotée de structures épithéliales bien différenciées et modérément hysécrétantes parfois siège d'une discrète exocytose à éléments inflammatoires, ces éléments provenant d'un chorion oedémateux et jonché d'une granulome de type polymorphe composé de lymphoplasmocytes associés à quelques polynucléaires éosinophiles et à quelques amas lymphoïdes sans caractère folliculaire

- Il n'a pas été observé d'argument histologique en faveur d'une MICI. ;
- Absence de prolifération adénomateuse ou polypeuse ;
- Absence de parasites de type amibien.

CONCLUSION : COLON -----(Biopsies):

- Colite interstitielle non spécifique sans parasites ni signe de dysplasie ;
- Absence de malignité dans ce matériel.

Très confraternellement
DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage
20140 - Casablanca
Patente : 34206518 - I.F.: 41807041
C.N.S : 2294015 - ICE : 00150241900000



LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Bd Zerkouni - Casablanca 01
Tél. : 022.22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 15/08/2023

Facture N° 372718

N° D'ANA-PATH 7SAH3T

NOM PRENOM JEMEL HASSAN

ADRESSE PAR :

ORGANE COLON.

COTATION B 375

COTATION K:

TOTAL DH : 500

Cachet et signature :

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage
20140 - Casablanca
Patente : 34206518 - TIR : 1807011
CNSS : 2294015 - ICE : 00150241900700



Casablanca, le

12 / 8 / 23

M. JEMEL HASSAN
Né le : 01/01/1957
Admis le : 12/08/2023 08h21
Org : MUPRAS



7SAH3T
stab

66 an. billet. Dr me le 4/8/23

Col. sup : PAS.

bisph. coliques

LABORATOIRE AVICENNE
4, Boulevard Zerktouni - Casablanca
Téléphone : 0522 79 33 00 - T.F. : 0522 21 80 31
Fax : 0522 21 32 95
CIN : 229/2015 - ICE : 001/024/1999/004

RD DE Fée N° 356 Date D'envoi : 07/08/2023
Spécialiste : Dr. ABDERRAHMANE DIBASSI
Intitulé : Consultation de l'Urologue - Dr. DIBASSI
Objet : Consultation de l'Urologue - Dr. DIBASSI
Casablanca