

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copié 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1183 Société : 50234

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HABACHA N. Sharmer

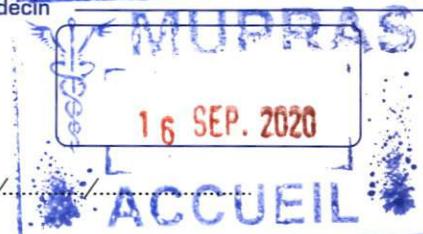
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-049705

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 :

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Ai

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

118

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HABACHI Mohamed

Date de naissance :

01-01-1948

Adresse :

100, Rue Brahim Nakhai, Agadir

Tél. :

0661133679

Total des frais engagés :

600,00 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ANAPATH

Date de consultation :

16 SEP. 2020

Nom et prénom du malade :

MUPRAS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ACCUEIL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 9/9/2020

Signature de l'adhérent(e) :



402859

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : [REDACTED] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

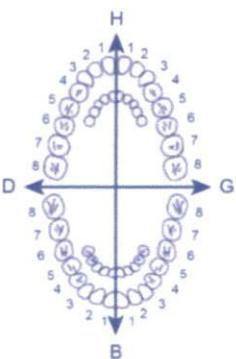
| Cachet et signature du Laboratoire du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE DE PATHOLOGIE Roudani - Tél: 0522 23 50 53 - Casab | 27.12.1992 | P.S.W.S | 6000 Dh |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

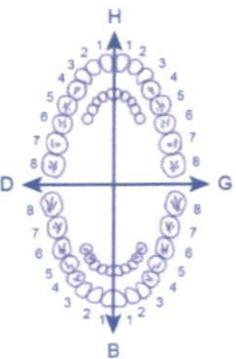
| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



LABORATOIRE IBN SINA DE PATHOLOGIE

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél.: 212 522 23 08 76 - Fax : 212 522 98 48 67

Casablanca , le 28/07/20

Date de Réception

27/07/20

HABACHI MOHAMED

ICE :

Facture n° : 20202106

Cotation

P545

Nature du Prélèvement

Biopsies multiples

Montant Net

600,00

NET A PAYER

600,00

Signé :

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400, Bd Brahim
Roudani - Tél: 0522 23 08 76 - Casablanca



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
Compte rendu du : 28/07/2020

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Réf. : DW5040H

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

HABACHI MOHAMMED

Adressé(e) par : Dr EL KHADIR

Reçu le : 27/07/2020

Age : 73 ans

Nature du prélèvement : 1-Biopsies duodénales. 2-Biopsies gastriques

Renseignements cliniques : Rectorrhagies + Mœlène. FOGD : gastrite érythémateuse et pétéchiale. Bulbite exulcérée et pétéchiale. Polype sessile à 30cm de la marge anale (polypectomie à prévoir). Diverticulose colique diffuse.

I-Duodénum :

Les deux biopsies intéressent une muqueuse duodénale, d'architecture normale. Le relief villositaire est conservé sans atrophie notable. Il n'est pas observé d'augmentation des lymphocytes intraépithéliaux. La lamina propria comporte un infiltrat inflammatoire de densité et de répartition normale. Les glandes de Brunner et de Lieberkühn sont bien différenciées.

Il n'est pas identifié de structure parasitaire.

CONCLUSION :

Muqueuse duodénale peu remaniée.

Absence d'atrophie et des structure parasitaire.

II-Biopsie gastriques :

Cinq fragments biopsiques sont examinés. Trois ont intéressé une muqueuse fundique. On y observe des altérations dystrophiques des glandes avec des aspects de pseudo-kystisation. L'infiltrat inflammatoire est minime superficiel.

Il n'est observé ni atrophie ni métaplasie intestinale ni foyer dysplasique à ce niveau.

Les autres biopsies ont porté sur une muqueuse où les cryptes sont contournées et les glandes raréfiées, avec une atrophie modérée.

Il n'est pas observé de métaplasie intestinale ni de lésion dysplasique.

L'infiltrat inflammatoire à ce niveau est minime. Il est lymphoïde interstitiel.

Il n'est identifié d'Hélicobacter Pylori.

CONCLUSION :

Gastrite chronique avec atrophie modérée, sans activité notable.

Il n'est identifié d'Hélicobacter Pylori.

Absence de métaplasie intestinale, de lésion dysplasique et de signe histologique de malignité.

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

LABORATOIRE IBN SINA
Résidence Roudani, 422, Bd Brahim
Casablanca - Tél: 0522 23 76 . 5 - Casablanca

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

W.Sohail

24/04/2020

Nom et prénom : N'Hibachi Mohamed Age : 43ans

Ordonnance du Docteur :

Référence anatomopathologique antérieure :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques : Rectonagies + AcéPex

FoGD = Cestode exanthémateuse et
petechiape = PtoZ

PtoZ = Bulle exulérante et petechiape.

CoPo - Polype vestige à 30 cm de l'NA
(Polyposténie ciprofénac), Dixiculose

* Frottis de dépistage : * Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles : Collique diffuse

- Parité :

- Traitements eventuels :

Date :

Signature :

400 Bd Brahim Roudani - 20330 Maârif - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67

laboibnsina@hotmail.fr & anapatibnsina@iam.net.ma