

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

MS'R
OCC

N° W19-514639

12529
N° 17475

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : _____ Société : _____

Actif

Pensionné(e)

Autre : _____

Nom & Prénom : TOUNAHI CHANDI SALMA

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dh's

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Age : _____

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-514639

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 : _____



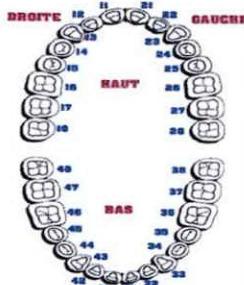
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

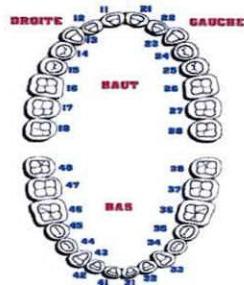
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



(Création, Remont, adjonction)

optionnel thérapeutique nécessaire à la profession

Coefficient de

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montant des gains

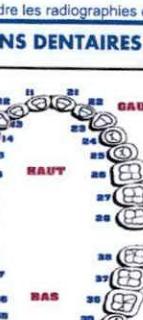
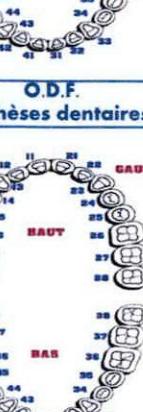
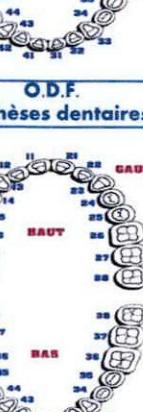
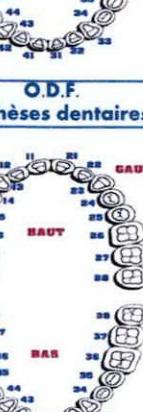
Date du devis

Fin de

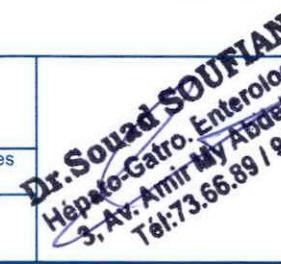
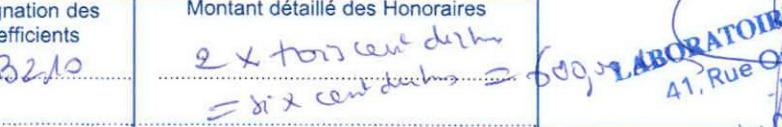
W18-37986

DATE DE DEPOT

...../...../201..

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																	
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient														
																	
																	
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 20%;">D</td> <td style="width: 40%;">H</td> <td style="width: 40%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">D</td> <td style="width: 40%;">H</td> <td style="width: 40%;">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		D	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	D	H	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
D	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
D	H	G															
	35533411	11433553															
	<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montant des soins														
			Date du devis														
			Fin de														

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-379864	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-379864		DATE DE DEPOT/...../201...	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme Nom & Prénom <u>Touhami chahdi Salma</u> Fonction <u>Ingénieur</u> Phones <u>06.66.43.82.12</u> Mail <u>Salma.touhami@gmail.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>M. TOM HANI CHAHDI SALMA</u> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <u>32ans</u> Date <u>8/11/18</u> Nature de la maladie Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 					
Nature des actes <u>Bil</u>		Nbre de Coefficient <u>G</u>	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE Montant de la facture		Date 			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Désignation des Coefficients <u>2x B210</u>		Date : Montant détaillé des Honoraires <u>2 x trois cent dirhams = 600 dirhams</u> <u>= six cent dirhams</u>			
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre AM PC IM IV		Date : Montant détaillé des Honoraires			
					

des

Dr. Souad SOUFIANI
Hépato-Gastro. Entérologie
3, Av. Amir M. Abdellatif
Tél: 73.66.89 / 90

Dr. Souad SOUFIANI
Hépato-Gastro. Entérologue
3, Av. Amir M. Abdehl
Tél: 73.56.89 / 90



مصحة صومعة حسان
CLINIQUE DE LA TOUR HASSAN



Le 8.11.18

Dr Teuhani Chahdi
Salma

①. Biopsie jejunale

IEL? Grandulare?
autre?

②. Biopsie autopeueuse

mp= cong; = granulée

HL? CL? autre?

LABORATOIRE DR. L. CHKOFF
41, Rue Oued Ziz - Agdal
- RABAT -
Tél.: 05 37 77 24 63

Dr. Soufiani Souad
Hépato-Gastro Entérologue
3, Av. Amir My. Abdellah
Tél.: 05 37 73 68 89/90-Rabat

S.C.P. au capital de 12.400.000 DH
شركة مدنية مهنية رأس مالها
زنقة ادريس الازهر - الرباط -

الفاكس : 05 37 72 22 32/33 - 05 37 70 98 91 - 05 37 72 91 62 - 05 37 72 91 73 - FAX : 05 37 70 88 97
RUE IDRIS AL AZHAR - RABAT - الهاتف : 05 37 70 88 97
I.F. 03301254 - CNSS : 1702697 - PATENTE : 25122790 - ICE 001646061000007
RIB B.M.C.I. 013 810 01070 00000 7001 31 94 - RIB S.G.M.B. 022 810 000 050 00 061950 74 23

**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES**
DOCTEUR LATIFA CHKOFF
41,RUE OUED ZIZ RABAT-AGDAL
TEL : 05.37.77.24.63
Email :drchkoff@menara.ma

N°DE PATENTE :257 352 40 N° DE CNSS :625 84 55
ICE :001645031000075

INP : 101042075

RABAT LE : 12/11/18...

FACTURE DE MME.TOUHAMI CHAHDI SALMA

**RECU LA SOMME DE SIX CENT DIRHAMS (600,00 DH) CONCERNANT
L'ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE (BIOPSIES JEJUNALES + BIOPSIES
ANTR-O-FUNDIQUES).**

LABORATOIRE DR L CHKOFF
41, Rue Oued Ziz Agdal
- RABAT -
Tél: 05 37 77 24 63

**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES**
DOCTEUR LATIFA CHKOFF
41,RUE OUED ZIZ RABAT-AGDAL
TEL : 05.37.77.24.63
Email :drchkoff@menara.ma

RABAT LE : 12/11/18....

**COMPTE RENDU D'ANATOMIE
ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

**Nature du prélèvement :JEJUNALE/
GASTRIQUE**

Date d'envoi :LE 08/11/18 **Nom :TOUHAMI CHAHDI**

Prénom :SALMA

Date de réception :LE 08/11/18 **Age :32 ANS**

N° : 18 B 820/821

Médecin demandeur :DR.SOUIFIANI S.

BIOPSIES JEJUNALES + BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

-Jéjunum :IEL ? /-Giardiase ?

-Antre/Fundus : Muqueuse congestive ; ~granulée /-H.P. ? /-Tuberculose ?

ETUDE MACROSCOPIQUE

***1) BIOPSIES JEJUNALES :** Reçus 2 fragments biopsiques mesurant 0,4 cm chacun .

***2) BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES :** Reçus 4 fragments biopsiques mesurant 0,3 à 0,4 cm .

ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE

***1) BIOPSIES JEJUNALES**

La totalité des coupes effectuées a intéressé une muqueuse jéjunale tapissées par des villosités conservées (IEL <5%).

Le chorion, congestif, renferme des éléments inflammatoires polymorphes.

Absence de structure parasitaire ni mycélienne visible.

Absence de lésion granulomateuse.

***2) BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES**

L'ensemble des coupes effectuées a intéressé une muqueuse antrale et fundique faite de glandes en nombre élevé par endroits, régulières non dédifférenciées.

Le chorion, congestif, renferme des éléments inflammatoires polymorphes.

Les colorations spéciales effectuées mettent en évidence de rares Helicobacter pylori dans les lumières glandulaires .

Absence de foyer de métaplasie intestinale.

T.S.V.P.

**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES**
DOCTEUR LATIFA CHKOFF
41,RUE OUED ZIZ RABAT-AGDAL
TEL : 05.37.77.24.63
Email :drchkoff@menara.ma

RABAT LE : 12/11/18....

**COMPTE RENDU D'ANATOMIE
ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

**Nature du prélèvement :JEJUNALE/
GASTRIQUE**

Date d'envoi :LE 08/11/18 **Nom :TOUHAMI CHAHDI**

Prénom :SALMA

Date de réception :LE 08/11/18 **Age :32 ANS**

N° : 18 B 820/821 **Médecin demandeur :DR.SOUIFANI S.**

SUITE

CONCLUSION

***1) BIOPSIES JEJUNALES :REMANIEMENTS INFLAMMATOIRES
SUBAIGUS NON SPECIFIQUES SANS ATROPHIE VILLOSITAIRE
(IEL <5%).**

***2) BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES :GASTRITE SUBAIGUE AVEC
HYPERPLASIE GLANDULAIRE REGULIERE FOCALE ET RARES
HELICOBACTER PYLORI (+).**

***ABSENCE DE SIGNE DE MALIGNITE SUR LES PRELEVEMENTS
COMMUNIQUES.**

*LABORATOIRE DE L. CHKOFF
41 Rue Oued Ziz - Agdal
RABAT
tel : 05.37.77.24.63*