

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

- Reclamation : 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.



066741760
Déclaration de Maladie

N° W21-636738

8052A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 57263		Société : D.A.N	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom : CHARÁIBI SAAD		Date de naissance : 22/11/49	
Adresse : 183, lot. Ain Laatariss - SKHIRAT		Tél. : 0661 1024 84 Total des frais engagés : 6834,20	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 07/12/21	
Nom et prénom du malade : CHARÁIBI SAAD	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : POLICARDI	
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'at. 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 : 20/12/2021	Le : 10/12/2021
Signature de l'adhérent(e) : I. BOUZAFA ACCUEIL	

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-636738
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : 57243	
Nom de l'adhérent(e) : CHARÁIBI	
Total des frais engagés : 600 5999,80 284,40	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chéquier et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/07/2021	DR LAHLOU	350,00	DR. Jaouad LAHLOU Anesthésiste Réanimateur Ambassadeurs	
				INPE 041229000
				Dr. Sara LOLO Médecin Spécialiste Hépato Gastro Entérologie Angie Rue Raissi Omar Slaoui, Immeuble

ANALYSES - RADIOPHARMACIES				
Cabinet Radiologique Laboratoire en Pathologie Bloc O, Lot 5, Avenue de la Paix Rue Etienne 157 77 18 92 Email : cnansec@mail.com	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
CABINET NAKHIL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE INPE : 101096712 CE : 0021689900000000 IF : 33509491	12/01/2014	PSUS	600,00 DH	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H $ \begin{array}{r rr} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $ B			
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"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Sara LOUDGHIRI

Médecin spécialiste des maladies
de l'appareil digestif et du foie



Échographie abdominale

Fibroscopie - Coloscopie

Proctologie



د. سارة الودغيري

طبيبة أخصائية في أمراض
الجهاز الهضمي والكبد

الفحص بالطبي

المنظار الداخلي

أمراض الشرج وال بواسير

Rabat, le

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin Spécialiste en
Hépatologie et Proctologie
Angle Rue Rais Marsil et
Rue Slaoui, Imm.7, Appt.14, Kébibe
Rabat - Tel.: 05 37 69 69 21 01181550

6118001181209

10/2021

LOT : P00047
Exp : 12/2021

LOT : P00086
Exp : 12/2021

ORDONNANCE

1. Régime sans résidus : 3 jours avant la coloscopie

2. CONTALAX

3 cp la veille de d'examen à 16h



3. FORTRANS sachets (2 boites)

142,20 x 2
= 284,40

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin Spécialiste en
Hépatologie et Proctologie
Angle Rue Rais Marsil et
Rue Slaoui, Imm.7, Appt.14, Kébibe - Rabat
Tel : 05 37 69 69 21 01181550

maphar
Z. Zemaa, Ain Slaa, Casablanca, Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH
6118001181209

HARMACIE ASWAK ASSALAM
Docteur BERRADA REDA
Mag. N°18 C.C. Aswak Assalam
148, Avenue Hassan II - TEMARA
Tél : 05 37 78 78 04

زاوية زنقة عمر السلاوي والرايس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيات - الرباط

Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibe - Rabat

الهاتف : Tél : 05 37.69 69 24

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com

CENTRE NAKHIL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Angle Av. Annakhil Rue Ettanoub Hay Riad, Rabat

Tél. 05 37 71 18 93 e-mail: cnap.sec@gmail.com

FACTURE

Numéro : 921000383 du 12/07/2021

Date demande 08/07/2021

Nom patient : CHRAIBI SAAD

Médecin : DR. LOUDGHIRI S.

21GH0806

PAYANT

POLYPE

Cotation : P0545

Montant facture 600,00

Payé en Espèce

Arrêtée la présente à la somme de :
SIX CENTS DIRHAMS

CABINET NAKHIL D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
INPE : 101098473
ICE : 002168990000050
IF : 33509490



Ordonnance

Rabat le 01/01/2024

Dr. Sara LOUDGHURI
Médecin Spécialiste en
Hépato Pan Gastro Entérologie
Angle rue Raït Nasar et Omer Védi
Immeuble: 05 37 69 69 24 - 69 59 10 95
Télé: 05 37 69 69 24 - 69 59 10 95

Fare se

① Examen anpassen

Cabinet Nakhl d'anatomie
BLOC O, 10, 5, ANDIE AV, NAKHL
et Rue Errachidia, 10, 1000 RABAT
TEL: 0527 711893
Email: cnap.sec@gmail.com

Родионов

RE = polype de la charnière
la cb. aiguiseuse

Advection d'ions

Dr. Sami DRUDGHIRI
Médecin Specialististe
Hépato Gastro Entérologie
André the Rais Marsilia 13007
Immeuble 7, Avenue 14 Juillet
Tél : 05 37 69 69 14 - 06 97 99 16 44

NOM PRÉNOM : Mr CHRAIBI SAAD
AGE : 72 ans
MEDECIN PRESCRIPTEUR : Dr LOUDGHIRI S.
N REF : 21GH0806
DATE DU PRELEVEMENT : 08.07.2021
DATE DE REPONSE : 09.07.2021

COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

POLYPE DE LA CHARNIERE RECTO-SIGMOÏDIENNE

Reçu un polype mesurant 1,1x0,8cm et parvenu immergé dans du formol. Il est inclus en totalité dans un bloc

Histologiquement, il correspond à une muqueuse colique polypoïde faite d'une prolifération glandulaire, bordée de cellules dotées de noyaux augmentés de volume, hyperchromatiques et chevauchées réalisant un aspect pseudostratifié intéressant le tiers inférieur de la hauteur épithéliale. Les figures de mitoses sont peu nombreuses et basales. Le cytoplasme des cellules est basophile avec une diminution de la mucosécrétion. Le chorion est le siège d'un infiltrat inflammatoire d'intensité modérée riche en éléments inflammatoires principalement mononucléés.

Absence de foyer d'infiltration.

CONCLUSION :

- Adénome tubuleux en dysplasie de bas grade.
- Absence de lésion invasive.

Signé : Dr Mahassini N.

Dr. MAHASSINI Najat
Anatomo-Pathologiste
Cabinet Nakhil d'Anatomie Pathologique
INPE : 101098473

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 07/07/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 7743 e-mail : saoudane.2005@gmail.com Phones : 06611024 74

Nom et Prénom de l'adhérent CHRAIBI SARA

Nom et Prénom du bénéficiaire : CHRAIBI SARA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr LAUDGHIRI SARA

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, Mr CHRAIBI SARA

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Endoscopie + polypectomie

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

patient suivi pour RGH,

présence en polype gastrique à 40 cm MA

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Sara LAUDGHIRI
Médecin Spécialiste en
Réadaptation et Physiologie
Angle rue Hassan II et rue Slaoui
N°7, Avenue Kélibia - Rabat
Tél: 05 37 62 00 00 - 05 37 62 00 01

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Mr C-HRAIBI SAAD

le 07.07.2021

COMPTE RENDU DE COLOSCOPIE TOTALE

POLYPECTOMIE

Examen sous sédation au propofol,

Vidéo endoscope olypus

- Preparation au PEG 4 L (3 bus)

Touche rectal : Muqueuse lisse pas de masse palpable

SCORE DE BOSTON 6/9 CG2 CT1 CD2

CR :

Progression faite jusqu'au bas fond coecal dans des conditions de vacuité coliques moyennes

Coecum : muqueuse d'aspect endoscopique normal

Valvule de Bauhin visualisé d'aspect endoscopique normal

Colo droit : muqueuse d'aspect endoscopique normal Dans les limites de la préparation

Colon transverse : muqueuse d'aspect endoscopique normal,

Colon gauche : muqueuse d'aspect endoscopique normal

PRESENCE AU NIVEAU DE LA CHARNIERE RECTO SIGMOIDIENNE : d'un polype pédiculé

polypectomie à l'anse diathermique faite, suites simples, pas de saignement, polype récupéré au panier

Rectum : muqueuse d'aspect endoscopique normal

CLINIQUE LES AMBASSADEURS

MEDICO-CHIRURGICALE-
LOT.N°3, AL HOUDA SOUSSI
RABAT

F A C T U R E

N° : **3122 / 2021** du **07/07/2021**

Nom patient **CHRAIBI SAAD** Entrée **07/07/2021**
PAYANTS Sortie **07/07/2021**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

SALLE D ENDOSCOPIE	1,00		1 125,00	1 125,00
			<i>Sous-Total</i>	1 125,00

PHARMACIE	1,00		360,80	360,80
			<i>Sous-Total</i>	360,80

Total Clinique **1 485,80**

DR. LOUDGHIRI SARA (gastrologue)	1,00		3 714,00	3 714,00
DR. LAHLOU JAOUAD (anes/reanimateur)	1,00		800,00	800,00
			<i>Sous-Total</i>	4 514,00

Total Autres prestations **4 514,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT-DIX-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES	Total 5 999,80

CLINIQUE LES AMBASSADEURS
Clinique Multidisciplinaire
Lot. N°3, Lot. Al Houda, Soussi - Rabat
Tel: 0537.75.56.55 - Fax: 0537.75.56.55
GSM: 06.61.90.99.99 - 06.61.99.15.99

CLINIQUE LES AMBASSADEURS**NOTE D'HONORAIRES****Le : 07/07/2021****Références**

3 122 / 210707125010111002

PAYANT

Entrée / Sortie : 07/07/2021 - 07/07/2021**Le Dr. LAHLOU JAOUAD**présente à **Mr CHRAIBI SAAD**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

*Cachet et signature***CLINIQUE LES AMBASSADEURS****NOTE D'HONORAIRES****Le : 07/07/2021****Références**

3 122 / 210707161954112002

PAYANT

Entrée / Sortie : 07/07/2021 - 07/07/2021**Le Dr. LOUDGHIRI SARA**présente à **Mr CHRAIBI SAAD**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 714,00 Dhs

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

*Cachet et signature*

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : CHRAIBI SAAD	N° Facture	3 122	180612110126SA-004
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
DIPRIVAN 200mg/20m Inj (05)	3	46,40	139,20
LIDOCAINE VISQUEUSE 2 Pommade (01)	1	32,20	32,20
NO SPA 40 MG/ 2 ML Inj (05)	2	4,00	8,00
OXYGENE BLOC 1/2 Aerosol (01)	1	25,00	25,00
Sous-Total médicaments			204,40
ALESE CANPED FLUFF 90*180CM	1	10,00	10,00
CASAQUE JETABLE	2	20,00	40,00
COMPRESSE 7,5*7,5(200)	3	10,00	30,00
GANT 7,5	1	15,00	15,00
GANT D'EXAMEN	10	1,44	14,40
INTRANULE 20	1	20,00	20,00
LUNETTE A O2	1	15,00	15,00
SERINGUE DE 10 CC	1	5,00	5,00
SERINGUE DE 20	1	7,00	7,00
Sous-Total consommable médical			156,40
Total pharmacie			360,80

Clinique Les Ambassadeurs
Clinique Multidisciplinaire
Lot N°3, Avenue Attoude Souissi, Rabat
tél: 0537 75 56 55 - fax : 0537 75 59 55
06 51 99 96 99 - 06 61 99 15 99