

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Orthodontie :

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.

Prothèses :

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

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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

N° M21- 0059432

83498

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8580 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HARAR SEZOUA
Date de naissance : 23/12/60
Adresse : 12 Rue 36 Hivernée B.S. 8' Hivernée
Tél. : 06 67 31 30 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 22/01/21
Nom et prénom du malade : ARROCHAI KENZA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Fibroscopie
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 : CASN Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : Huf

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/06/21	P550	609,2

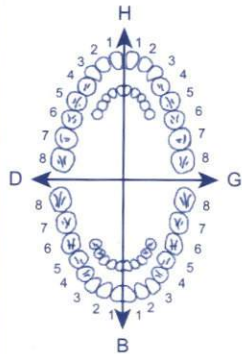
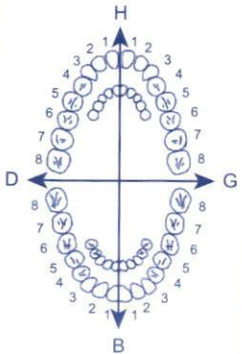
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>									
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> D G </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hôtel El Kabir) 2ème étage Appt. N°5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44 - Fax : 05 24 44 97 98 E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma

Reçu N° : BZ21060389

Pour : **ARROCHDI KENZA**

Reçu le : 22/06/2021

Prix A : **600,00 DHs**

Répondu le : 25/06/2021

Avance : **600,00 DHs**

Médecin prescripteur : .

Reste : **0,00 DHs**

RÉSULTATS DÉLIVRÉS À PARTIR DE : 17H00



LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

الدكتور عبد الواحد مرات

Docteur Abdelouahad MARRAT

طبيب متخصص في التشريح المرضي

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

مختبر «الفضل»

للتشريح المرضي

الدكتورة ابتسام ازرارّة التويتي

Docteur Ibtissam ZRARA-TOUITI

أستاذة في التشريح المرضي

Professeur en Anatomie Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du DR. :

- Mr, Mme, Melle, Enfant

- Age : Date :



HISTOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE :

- Organe :

- Nombre de Prélèvements :

CYTOLOGIE :

* FCV : Vagin ☐ Exo ☐ Endo ☐

- Date des dernières règles :

- Mode de contraception :

- Traitement récent :

* Autre cytologies :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Biopsies duodénales

Biopsies antrale - fundus

QUESTIONS :

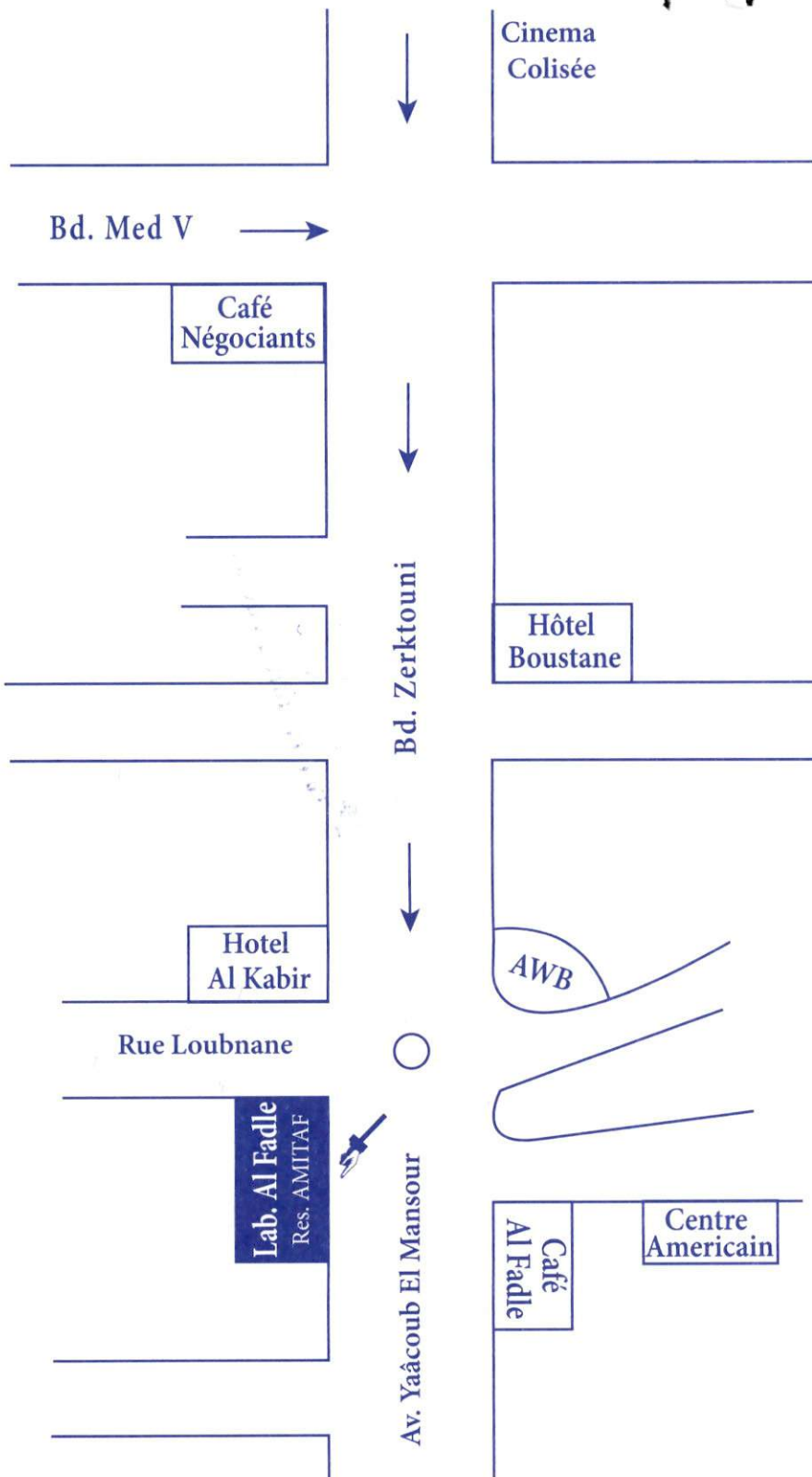
EXAMEN ANT(Réf) :

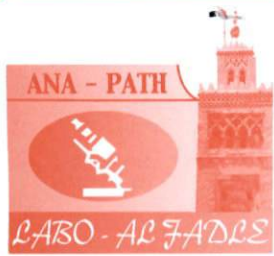
Cachet et Signature

إقامة أميطاف ، شارع يعقوب المنصور (قرب فندق الكبير) الطابق الثاني شقة رقم 5 - مراكش

Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hotel El kabir) 2ème Etage Appt. N° 5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44 / 05 24 43 29 29 - Fax : 05 24 44 97 98 - E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma





LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

الدكتور عبد الواحد مرات

Docteur Abdelouahad MARRAT

طبيب متخصص في التشريح المرضي

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

مختبر «الفضل»

للتشريح المرضي

الدكتورة ابتسام ازرار التويتي

Docteur Ibtissam ZRARA-TOUITI

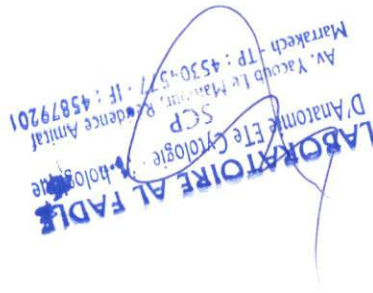
أستاذة في التشريح المرضي

Professeur en Anatomie Pathologie

Marrakech le 22/06/2021

FACTURE 0703/06/2021

Nom et prénom	Coef.	Prix
ARROCHDI KENZA	P550	600Dhs



N° patente 45132506.

IF : 40287208

ICE : 002597622000056

إقامة أميطاف ، شارع يعقوب المنصور (قرب فندق الكبير) الطابق الثاني شقة رقم 5 - مراكش

Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hotel El kabir) 2ème Etage Appt. N° 5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44 / 05 24 43 29 29 - Fax : 05 24 44 97 98 - E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma



**LABORATOIRE "AL
FADLE"**
d'Anatomie et Cytologie
Pathologiques
الدكتور عبد الواحد مارات
Docteur Abdelouahad MARRAT

**مختبر
"الفضل"**
للتشريح المرضي
الدكتورة ابتسام ازرار
التويقي

REÇU LE :	22/06/2021	Patient (e):	ARROCHDI KENZA
Répondu le :	25/06/2021	Envoi du docteur :	PR. SAMLANI
Siège du prélèvement :	- ESTOMAC + DUODÉNUM	Référence :	BZ21060389

Renseignements cliniques : 19 ans. Biopsie duodénales et antre fundus.

COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

I°/ Duodénum : Cinq fragments biopsiques sont reçus. Ils ont ramené une muqueuse duodénale comportant des villosités de hauteur conservée avec une bordure régulière et exocytose lymphocytaire minime de moins de 5%. Le chorion est oedémateux et parsemé d'éléments inflammatoires mononucléés essentiellement avec des glandes duodénales de structure régulière. La couche des glandes de Brunner ne montre pas de lésion particulière.

II°/ Antre et fundus : Cinq fragments biopsiques sont reçus. Ils ont ramené une muqueuse gastrique de type antral et antro-fundique. Elle montre une hauteur conservée, bordée par un revêtement cubo-cylindrique d'aspect régulier. Le chorion est oedémateux congestif et infiltré par des éléments inflammatoires mono et polynucléés disposés isolément sans follicules lymphoïdes à centre clair élargi. Il renferme des glandes antro-fundiques de structure régulière.

Quelques *Helicobacter Pylori* sont observés.

CONCLUSION

Gastrite chronique modérée sans atrophie ni métaplasie intestinale. Elle est d'activité Modérée avec quelques HP et associée à une duodénite interstitielle minime sans signes évidents de spécificité ou de malignité.

Dr. MARRAT

إقامة أميطاف، شارع يعقوب المنصور (قرب فندق الكبير) الطابق الثاني شقة رقم 5 - مراكش
Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hôtel El Kabir) 2ème étage
Appt. N° 5 - Guéliz - Marrakech

COMPTE RENDU D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE FIBROSCOPIE

Urgences
Radiologie
IRM, Scanner
Réanimation
Cardiologie
Interventionnelle

Oncologie Médicale

Radiothérapie

Sénologie

Médecine Nucléaire

Greffe de Moelle

Maternité

Réanimation Néonatale

Centre de Fertilité

Chirurgie Cancérologique

Chirurgie Digestive

Chirurgie de l'Obésité

Chirurgie Thoracique

Coeliochirurgie

ORL

Endoscopie

Urologie

Neurochirurgie

Traumato-orthopédie

Ophtalmologie

Lithotripsie

Chirurgie Esthétique

Chirurgie Maxilo-faciale

Patient (e): ARROCHDI Kenza

Indication : Epigastralgies

Opérateur : Pr SAMLANI

Médecin anesthésiste : Pr SAMKAOUI

Appareil : Colonne Olympus EXERA III 190

Date : 22/06/2021

Œsophage :

Muqueuse œsophagienne d'aspect normal

Cardia en place.

Estomac : VD- RV

- Plis fundiques conservés

- Muqueuse antrale érythémateuse.

Pylore : centré, franchi

Bulbe : RAS

D1-D2 : aspect saupoudré de la muqueuse duodénale

Progression à l'aide d'une entéroscope jusqu'au jéjunum

Conclusion :

- Aspect de pangastrite érythémateuse et pétéchiiale

Le : 22/06/2021

Références

8 548 / 210622140227379170

PAYANT

Entrée / Sortie : 22/06/2021 - 22/06/2021

Le Dr. EL YOUSOUFI LAHCEN

présente à Mme ARROCHDI KENZA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

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


Dr. EL YOUSOUFI LAHCEN
Anesthésiologue
Clinique Le Marrakech

Cachet et signature

CLINIQUE LE MARRAKECH

D.A.M.E.S. S.A.R.L
TARGA ZDAGHIA MENARA
TEL :05.24.39.65.65 - 05.24.39.65.00

F A C T U R E

N° 8 548 / 2021 du 22/06/2021

Nom patient	ARROCHDI KENZA	Entrée 22/06/2021	Sortie 22/06/2021
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BLOC ENDOSCOPIE	1,00		399,28	399,28
CHAMBRE INDIVIDUELLE	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	999,28
PHARMACIE (médicaments)	1,00		57,50	57,50
PHARMACIE (consommable médical)	1,00		243,22	243,22
			Sous-Total	300,72
Total Frais Clinique				1 300,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL YOUSSEFI LAHC (reanimateur-anes)	1,00		300,00	300,00
PR. SAMLANI (gastrologie)	1,00	GRATUIT		0,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	1 600,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE SIX CENTS DIRHAMS		1 600,00

Encaissements		Chèque 1 600,00			Total encaissé 1 600,00	Solde 0,00
---------------	--	--------------------	--	--	----------------------------	---------------

Ref Chq : CDM BANQUE PRIVEE 7606906/

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ARROCHDI KENZA	N° Facture	8 548	210622103750AC-001
------------------------------	------------	-------	--------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LIDOCAINE VISQUEUSE 2%100g Gel ora (01)	1	20,10	20,10
PROPOFOL 20ml INJECTA (01)	1	37,40	37,40
Sous-Total médicaments			57,50
COMPRESSE 10CM*10 CM	10	1,30	13,00
GANTS JETABLES LATEX	10	2,00	20,00
INTRANULE G 22 BLEU VYG	1	12,00	12,00
LUNETTE A OXYGENE ADULTE	1	35,22	35,22
PINCE A BIOPSIE ENDOSCOPIQUE	1	100,00	100,00
SERINGUE 20 CC	2	3,50	7,00
STERANIOS	1	56,00	56,00
Sous-Total consommable médical			243,22
	Total pharmacie		300,72

2

CLINIQUE LE MARRAKECH
D.A.M.E.S. S.A.R.L
TARGA ZDAGHIA MENARA
MARRAKECH

Reçu de caisse

N° : 21062214152429701 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
210622103750AC-001	ARROCHDI KENZA	22/06/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	CDM BANQUE PRIVEE 7606906 MR ARROUCHDI EL MOSTAFA 0661167770	1 600.00
PAYANT	Total payé	1 600.00
MILLE SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : A-SAHAR

CLINIQUE LE MARRAKECH
D.A.M.E.S. S.A.R.L
Centre Central
Targa Zdaghia - Marrakech - RC : 84531
Tél : 05 24 35 65 35 - Fax : 05 24 39 65 65
E-mail : info@le-marrakech.ma