

# 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 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-671633

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1823 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Seheri Abdelkader  
 Date de naissance :  
 Adresse : Hab. telle  
 Tél. : 0661564793 Total des frais engagés : 642

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : BEN SAL MRA ZOUZDA 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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 6252 Le : 23 / 2 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## Adresses Mails utiles

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



# RELEVÉ 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
11-12-21	S	1	cm/m	Dr. ASMOUN

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.12.21	240,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

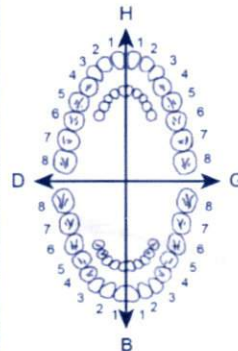
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/1/22		400,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

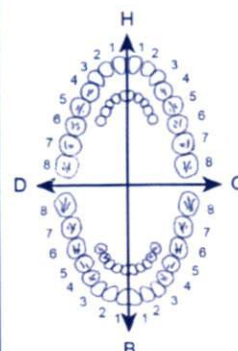
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Dr ASMOUN Ahmed

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hémorroïdes, Fistules, Fissures

Endoscopie digestive

Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

Ex. ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE

CASABLANCA

# الدكتور أسمون أحمد

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

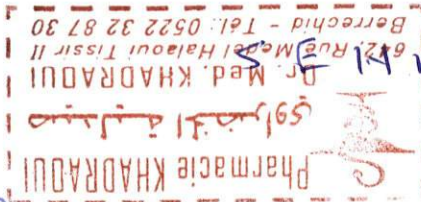
جراحة المخرج والبواسر

داخلي سابقا بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابقا بكلية الطب

الدار البيضاء

Casablanca le : 31-12-21 : الدار البيضاء في



SYNTHEMEDIC  
22 rue soussir toudi al soussir roches  
noires casablanca  
MOPRAL  
20 mg  
Boite de 14  
56015 DMP (21) N° P.N. 131.10 DH  
6 118001 020852



LOT : 2278  
UT.AV : 07-25  
P.P.V : 24 DH 50



**Lot:**

**210764**

**A consommer  
avant le:**

**10/2024**

**PPC: 84,00 DH**





Casablanca, le : 31.12.21 في : الدار البيضاء

BEN SALMIA Zou bida

Epigastrique

F. Insoupçonnable

Rank normal

Biopsie antre

ou jeun + HP

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR  
Dr. Hind ALATAWNA  
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE  
17 Louvre Centre RDC Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalaj  
Casablanca - Tél: 0522 23 37 50

Dr. ASMOUN  
8, Bd. Khourib

# Dr ASMOUN Ahmed

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF  
ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hémorroïdes, Fistules, Fissures

Endoscopie digestive

Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

Ex. ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE  
CASABLANCA

# الدكتور أسمون أحمد

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

جراحة المخرج والبواسير

داخلي سابقا بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca le : ..... : الدار البيضاء في

SE HAIRI Zouhir

Douleur abdominale  
qui domine au niveau de  
l'épigastre  
Fibrose au niveau de l'ank  
mmmh

TDM abdominal

Dr. ASMOUN Ahmed  
Spécialiste  
D'Endocrinologie et de Diabète  
D'Endoscopie digestive  
D'Chirurgie Anale

RECU LE : 03/01/2022  
EDITE LE : 05/01/2022

NOM & PRENOM : BENSALMIA ZOUBIDA  
PRESCRIPTEUR : ASMOUN A  
Age : 65 ANS  
N/REF : H20103024

Nature du prélèvement : Biopsie antrale

Renseignements cliniques : Epigastralgies

### COMPTE RENDU

Reçu un fragment biopsique d'une muqueuse de type antral, mesurant 0,3cm de grand axe. Il est inclus en totalité et examiné sur des niveaux de coupe étagés.

Le volume glandulaire global semble conservé.

Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont partout normosécrétantes et bien différenciées, sans lésion dysplasique ou métaplasique.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité minime, polymorphe, composé essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes.

La coloration du Giemsa montre l'absence d'HP au sein du film muqueux de surface et dans le fond des cryptes.

### CONCLUSION :

Gastrite chronique antrale minime, non atrophique, non active, sans dysplasie ni métaplasie avec HP non vue.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR  
Dr. Hind ALATAWNA  
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE  
17 Louvre Centre RDC Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalaj  
Casablanca - Tél: 0522 23 37 50



# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casa le 03/01/2022

FACTURE N°22/0008

NOM ET PRENOM : BENSALMIA ZOUBIDA

Nature du prélèvement : Biopsie antrale

Date du prélèvement : 03/01/2022

Montant de : 400DHs.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cents dirhams.

Signé :

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR  
Dr. Hind ALATAWNA  
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE  
17 Louvre Centre RDC Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalaj  
Casablanca - Tél: 0522 23 37 41

Patente N° 34708372    ICE :001864938000053    INPE :091151944

IF : 40479364