

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.

M22- 0036390 133-5

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8811 Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABRÉ MECH

Date de naissance :

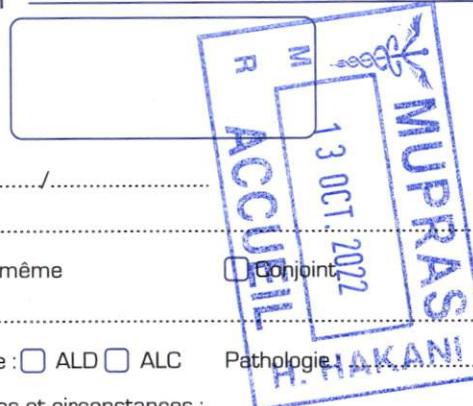
Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : H. HAKANI

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 0036390

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-669717

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8811

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABRI M ABDAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661333248

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

5 EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facturé
	03/10/2022	233,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHTE D'ANALYSES RADILOGIQUES HOPITAL CHEIKH-KHALIFA	3/10/22	P022	451,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 de l'ODF.

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

$$\begin{array}{c|c}
 H & \\
 \hline
 25533412 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 00000000 & 00000000 \\
 35533411 & 11433553 \\
 \hline
 B
 \end{array}$$

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7, 8-8, 9-9, 10-10, 11-11, 12-12, 13-13, 14-14, 15-15, 16-16, 17-17, 18-18, 19-19, 20-20, 21-21, 22-22, 23-23, 24-24, 25-25, 26-26, 27-27, 28-28) arranged in four quadrants. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, a horizontal arrow labeled 'G' points to the right, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards. The teeth are numbered in a clockwise direction starting from the upper left quadrant.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

03/10/2022

Dr Sabri Nohamed

123, 62

11 - Ineaium 40 
 1 cp 1 j 30 min avant
 le repas le
 matin .

123, 70
 PHARMACIE TAIEB NACIRI
 369 RUE HASSAN BERRECHID
 REPUBLIQUE MAROC

21 - Zenmag 
 1 cp 1 j le soir .

21, 10
 31 - Fumafej 
 233, 10 1 cp x 2 1 j

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnoal eslam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14

841/150MP/21ARQ P.P.V:123,60DH
6 118001 020807

PPV 25.10 DH
LOT F286PER 03/26

FUMAFER® 66 mg

100 comprimés



6 118000 180371

ZENMAG® 32 GELULES



6 111255 810468

LOT 21210/FC17
07/2024 FFC 24,70

iles

Tr

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2200570121 / H0119031424

Prénom : Mohamed

Nom : SABRI

DDN : 08/10/1966 E: 03/10/2022

Service : ENDOSCOPIE (NA)

PAYANT

Sexe: M

RC : - 55 ans -
- Suis pour GIST Gastroïque
- sous Omeprazole
- Episodes de Nécréos.

FOGD : - Gastroïte symptomatique diffuse à prédominance antrale avec aspect
résséché par endroits.
(biopsie antrale fundique)

pas de signes de saignements

étoile

anapath

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 127338 / 2022 du 03/10/2022

Nom patient	SABRI MOHAMED	Entrée	03/10/2022
	PAYANTS	Sortie	03/10/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	451,00	451,00
Total Clinique				451,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS	Total	451,00



Identifiant du patient : H0119031424

Date de naissance : 08/10/1966

Sexe : M

Date de l'examen : 03/10/2022

Prélevé le : 03/10/2022 à 12:20

Édité le : 06/10/2022 à 09:59

SABRI MOHAMED

Dossier N° : 22100208K

Docteur BENJELLOUN NABIL

Service : ENDOSCOPIE/GASTRO



Reference Anapath : 2210 B05.

Renseignements cliniques : suivi pour GIST gastrique, épisodes de méléna.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Il est parvenu 6 fragments de 0,2 à 0,5 cm de grand axe.

Histologiquement, il s'agit d'une muqueuse antrofundique dont le volume glandulaire global est conservé. Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont normosécrétantes et bien différenciées, sans lésion dysplasique ou métaplasique.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité légère, fait de plasmocytes et de lymphocytes.

Absence d'HP.

CONCLUSION :

- Gastrite antrofundique chronique d'intensité légère, non atrophique, non active, sans dysplasie ni métaplasie intestinale.
- Absence d'HP.

Le 06/10/2022 à 09:59
Signature

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. Mohamed REZI OCHI
Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologique
Pathanatomie - Cytopathologie

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALE
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA