

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 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° P19-0036475

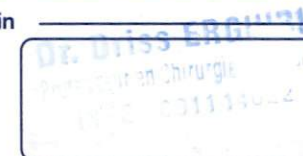
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : Ram 171958
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL AZRAK ABDELKRIM
Date de naissance : 1955
Adresse : 14/2 rue ATHENE 2 Mars Casablanca
Tél. : 2662 343422 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/2023
Nom et prénom du malade : EL AZRAK ABDELKRIM Age : 73
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Tumeur adénome du nez
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 : 1050 Le : 26/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
26/07/23		C2		Dr. Driss ERAB Professeur en Chirurgie Générale INPE : 091144022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Pathologie Spéciale CASAPATH 6, Rue des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 13 47	26/07/23	IFC	2500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION



ORDONNANCE

Le 26.07.2023

A l'intention du Dr L. JABRI

En vue de faire l'étude
immuno-histochimique pour
compléter l'étude anatomo-
de M. ELAZRAK ABDELKREIM

N/REF : 307/2023

Dr. L. JABRI
Chirurgien Pathologiste
Centre de Pathologie-Casapath
6, Rue des Hôpitaux
Casablanca
Tél: 05 22 22 14 24
Fax: 05 22 22 14 24

Dr. Driss ERRAJ
Professeur en Chirurgie
INPE : 091144022



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com
Patente 36333531 ICE 003224214000036 IF 40204512

FACTURE

REF : 23/09782

Date de facturation 26 / 07 / 2023
Médecin traitant Dr. ERGUIBI DRISS
Patient EL AZRAK ABDELKRIM - 116581
Demande **I30717098 - 26/07/2023**

Liste des examens

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE

Total 2 500,00 Dhs
coefficient-P 2273

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc
1er étage 20360 - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46 - Fax : 0522 22 14 24

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

RECU LE : 26/07/2023
EDITE LE : 02/08/2023

NOM & PRENOM : EL AZRAK ABDELKRIM
PRESCRIPTEUR : Dr. ERGUIBI DRISS
AGE : 73 ans
Code Patient : 116581
N/REF : 30717098
ORGANE : COLON

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Prolifération tumorale carcinomateuse peu différenciée largement nécrosée, infiltrant (d'aspect endocrine) et ulcéré coecal mesurant 11,5cm. IHC

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

**ETUDE IMMUNOHISTIOCHIMIQUE SUR COUPE EN PARAFFINE SUR AUTOMATE
BENCHMARK DE VENTANA :**

Cette étude montre que les cellules tumorales expriment de façon hétérogène la CK20 avec des foyers exprimant faiblement la synaptophysine et le CD56. la CK7 et la chromogranine sont négatifs. le Ki67 montre un index de prolifération élevé de l'ordre de 70%.

CONCLUSION

**- Aspect morphologique et immunohistochimique d'un carcinome mixte
adénoneuroendocrine.**

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI
Anatomo Pathologiste
Centre de Pathologie Casapath
5, Rue des Hôpitaux Bx, 20360 Casablanca
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24