

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-818821

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08767	Société : A 76450		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : A 22, Bouicheyss		Date de naissance : 06-03-68	
Adresse : Casablanca - Maroc		Tél. : 0661247359	
		Total des frais engagés : 22 SEP. 2023	
<p><i>Spécialiste en Radiologie et oncologie et Réhabilitation</i> <i>134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljoumaïn</i> <i>1er étage - 09.11.60.77</i> <i>Tél. : 05 22 99 47 00</i></p> <p>MUPRAS ACCUEIL</p>			
<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation : 15/09/2023</p> <p>Nom et prénom du malade : Aya</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <i>éosinophilie</i></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>Fait à : <i>Le 15/09/2023</i></p> <p>Signature de l'adhérent(e) : <i>Aya</i></p> <p>Le : 15/09/2023</p>			



RELEVE 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
15/09/2023	12223	M	970000	INP : 104, Bd. Bir Anz 1er étage Imm. Aya, 1er étage tel : 05 22 06 47 30 - INP 11 Kéïdjaouz Gastroenterologique
16/09/2023	12223	M	970000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ADICLIC résidence Casablanca ICE : 0524809500096	16/09/03	Biopsie hépatique	3000.00
	16/09/03	IS45	600.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, 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																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-top: none;">D</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
26533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
				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																		



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

RAOUANE / Dr NAAZOUZ

Nom et Prénom du Patient

BONIKHRIS AZIZ

Age

Date du prélèvement

16/10/2012

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Le patient présente des douleurs

se corélatant

à l'ovaire et à la cavité infranéphrotique.

Siège du prélèvement

Fée

Nature de l'acte réalisé

PBTp, voie de biopsie

Thérapeutique préalablement instituée

RAS

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui

Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin

Exocol

Endocol

- Frottis conventionnel :

CBE

Dr. RAOUANE Khadija
Endomètre
RADIOLOGUE

Signature et Cachet

150916

Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

MonKto's A22

Diopre fre m

Eches in

son ston

à 10^W

====

RADILOGIE ZERKTOUMI
Résidence les Fleurs 59 Bd. Zerktouni
Angle Rue des Hopitaux
Casablanca - Tél: 05 22 88 11 11
ICF : 002 11 90 05 55 95 93

Zerktou m
n = 59

DR RABOUD ARI

D. Maâz 2012 Keltoum
Spécialiste en Gastroentérologie
Gastro-entérologie digestive
Dr. Maâz Keltoum, Dr. Ahmed Eljoumari
134, Bd. Bir Anzar, 1er étage, App. N° 10
Casablanca, Maroc

merci d'Envoyer
à J'Anapeth
avec Deno et
de bonne averse

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 16/09/2023

Facture N° 4801/23

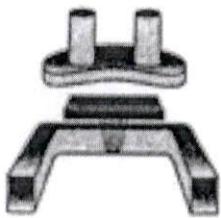
Nom patient : **BOUKHRIS AZIZ**

Examen(s) réalisé(s) : **BIOPSIE HEPATIQUE**

Montant : **3000 DH**

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME
DE :
TROIS MILLE DH

RADILOGIE ZERKOUNI
Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerkouni
Angle rue des Hôpitaux
Casablanca 20000
Tél : 05 22 88 11 11
I.C.E : 002458095000096



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 16/09/2023

FACTURE N° : 23/09493

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **16/09/2023**

Pour **BOUKHRIS AZIZ**

Sur ordonnance du : **Dr RADOUANE // Dr MAAZOUZ**

*Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerkouri, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
Fax: 0522 22 50 50*



Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Date de réception : 13/09/2023

N° d'examen : 23221309

Date de réponse : 18/09/2023

Nom et Prénom : BOUKHRIS AZIZ

Sexe : M

Médecin traitant : Dr. MAAZOUZ/ Dr

RADHI

Âge : 55 ans

Nature du prélèvement : Biopsie colique.

Renseignements cliniques : Biopsie de polype du sigmoïde.

COMPTE RENDU

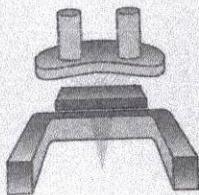
Deux fragments biopsiques inclus en totalité et montrant histologiquement une muqueuse de type colique d'architecture tubuleuse. Les structures glandulaires sont bordées focalement par un épithélium pluristratifié, siège focalement d'atypies cytonucléaires, minimes sans figures de mitoses. Ces atypies ne dépassent pas le 1/3 de la hauteur de l'épithélium de surface. Le chorion est oedématocongestif et très discrètement inflammatoire.

CONCLUSION :

- Adénome tubuleux en dysplasie de bas grade du colon sigmoïde.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY RÉDA
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd Bir Anzarane 5ème Etage . Appt 9
Maârif - Casablanca
Tel. 0522 98 64 71 - 0622 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 16/09/23

Nom & Prénom : Mr BOUKHRIS AZIZ
Sur ordonnance du : Dr RADOUANE // Dr MAAZOUZ
Réf. : 23H09446

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 16/09/23

Organe ou siège du prélèvement : foie

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 55 ans

Lésions hépatiques d'allure secondaires
Epaississement sigmoïdien infranchissable
PBTP nodule hépatique

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Ce prélèvement est constitué de cinq carottes biopsiques de 0,5 à 2 cm, incluses en totalité, montrant un parenchyme hépatique infiltré sur trois carottes par une prolifération adénocarcinomateuse moyennement différenciée, partiellement nécrosée, faite de tubes et de travées, bordés de cellules cylindro-cubiques basophiles aux noyaux irréguliers ayant les caractéristiques de malignité. Le stroma est nécrotico-inflammatoire. Le parenchyme hépatique adjacent est d'architecture respectée avec stéatose minime.

Conclusion : Méタstase hépatique d'un adénocarcinome moyennement différencié dont l'origine colique ou autre est à préciser sur étude immunohistochimique, réalisée à la demande (CK7/CK20/CDX2/MUC1/TTF1).

Dr L. LARAQUI