

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-818821

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05767 Société : A 76450

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. Boukharbil

Date de naissance : 06-03-68

Adresse : CAM GREEN TOWN 16711 IMM 11 ALGER 03

Tél. : 066127353 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/09/2023

Nom et prénom du malade : Age : 22 SEP 2023

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lésion d'origine

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 15 / 09 / 2023

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
15/09/2023	12223	17	972	
16/09/2023	17	972		

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
	16/09/23	Propriété hépatique	
	16/09/23	FS45 - 3000 OH	600,00

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

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 	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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				H																	
				25533412	21433552																
				00000000	00000000																
				D																	
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																			



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

RAOUMANE / O. NAAZOUZ

Nom et Prénom du Patient

BOUKHRIS AZIZ

Age

Date du prélèvement

16/09/2023

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Lésions biopsiques d'endomètre
se condant
Épithélium et glandes infranchissable.
Fic

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

PBTP, noie biopsique
RAS

Thérapeutique préalablement instituée

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

Endomètre ☐

Dr. RADOUANE Khadija
RADIOLOGUE

Signature et Cachet

15 10 9 12 13

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

Donk'tou's ALZ

Biopre-ki ou
 Echo in
 son saun

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
 Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerktouni
 Angle Rue des Hôpitaux
 Casablanca - Tél.: 05 22 88 11 11
 ICE : 002 2347450

à 10^u

Zerk'tou n'
 n° 159

DRADOANE

Dr. Mazouz Keltoum
 Spécialiste en Gastroentérologie
 et Oncologie digestive
 134 Bd. Bir Anzane - R. 4ème Etage - Apt. N° 3 - Madrit
 Tél.: 05 22 99 47 33

merci d'Envoyer
à J Anapeth
avec Demond
de bonne nuit

Dr A. Fattah BELHOUCINE

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

Dr Abdelaziz ZOUAOÛI

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 PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE :
TROIS MILLE DH

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerktoni
Angle Rue des Hôpitaux
Casablanca - 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 Zerktouni, Casablanca
Tél: 022 22 51 11/34
Fax: 0522 22 50 90



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

Date de réponse : 18/09/2023

Sexe : M

Âge : 55 ans

N° d'examen : 23221309

Nom et Prénom : BOUKHRIS AZIZ

Médecin traitant : Dr. MAAZOUZ/ Dr
RADHI

Nature du prélèvement : Biopsie colique.

Renseignements cliniques : Biopsie de polype du sigmoïde.

COMPTE RENDU

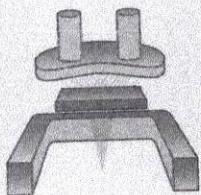
Deux fragments biopsiques inclus en totalité et montrant histologiquement une muqueuse de type colique d'architecture tubuleuse. Les structures glandulaires sont bordées focalement par un épithélium pluristratifié, siège focalement d'atypies cytonucléaires, minimales sans figures de mitoses. Ces atypies 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 - Apt 9
Maarif - 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 adénocarcinomeuse 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 : Métastase 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

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGIE
52, Boulevard Zerktouni
20252 22 51 31
Fax: 0522 22 50