

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

- 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-815419

176 936

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Mounir

Date de naissance : 21/10/42

Adresse : 107, rue d'Alger 2008

Tél. : 06624453 Total des frais engagés : 1200,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/9/2013

Nom et prénom du malade : Mohamed Mounir

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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'att. 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 : 2008 Le : 13/9/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
13/09/2013				

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
LABORATOIRE DE PATHOLOGIES IBN KHALDOUN 94 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Ch... Dr. F. SEKKAT Dr. A. BRITEL	13/09/2013		1200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

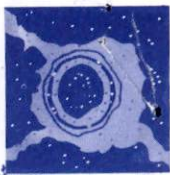
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE



LAI



NA

220819214647NA-0

12/09/2023

Mme CHAFIK MOUNIRA

Naissance : 07/10/1942 22:06:00

PAYANT

DR.JAMIL DRISS

DEMANDE D'EXAMEN HISTO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : Dr JamilNom et prénom : MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐Age : MouniraRéférence : Chafik

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

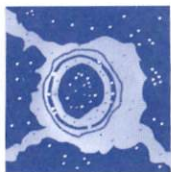
- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Atro - H.H. de 5cm
opé file stade A
Gosite Actuelle 5 Cystite
eu "Zeyn de Rere"Radiographies : + Gros Pic fudge / Bps (2)DuodéumDate : Signature : Bps (1)Ghono pgn au colu
Boston (2+2+2) // Bps Etoges



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 44898

CASABLANCA LE : 19/09/2023

Analyses effectuées le: 13/09/2023

Pour.....: **Mme CHAFIK MOUNIRA**

Sur prescription du: Dr JAMIL DRISS

Code.....: 32VY5179



Organisme.....: **NC**

Montant Net : 1200.00

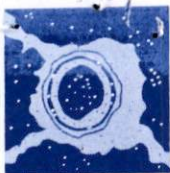
Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme
MILLE DEUX CENTS Dhs 00 Cts

**LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN**
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL

104 مكرر، زاوية عبد المومن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 0522.99.37.86
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86
Email : laboratoire.ibnkhaldoun@gmail.com

I.F: 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : CHAFIK MOUNIRA

Docteur : JAMIL DRISS

Age : 79A ans

Date de réception : 13/09/2023

Organisme : NC

Code Patient : 32VY5179

Organe : 30913845

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Fibro : HH de 5 cm.

Oesophagite stade A.

Gastrite antrale très congestive en « rayon de roue » + gros
plis fundiques / biopsie (2).

Duodénum biopsie (1).

Colo jusqu'au coecum BOSTON (2+2+2) biopsie étagées.

I/- Duodénum :

Les fragments biopsiques examinés correspondent à l'examen histologique à des fragments d'une muqueuse duodénale dont l'architecture globale est conservée, le relief est villositaire avec une hauteur normale, à revêtement cylindrique tout à fait régulier. En regard, le chorion est bien vascularisé, congestif, il est infiltré d'une manière très modérée d'éléments mononucléés avec plus rarement des polynucléaires neutrophiles. Les glandes sont en bon nombre de distribution régulière, à revêtement tout à fait régulier.

La couche glandulaire muqueuse de Brunner est sans particularité.

II/- Gastrite antrale :

Les fragments biopsiques examinés correspondent à l'examen histologique à des fragments d'une muqueuse gastrique uniquement de type antral dont l'architecture globale est respectée, de hauteur parfois réduite, à relief peu plissé et bordé d'un revêtement cylindrique, mucosécrétant, tapissant des cryptes profondes et peu tortueuses. En regard, le tissu interstitiel est bien vascularisé, infiltré d'une manière modérée et diffuse d'éléments mononucléés avec des glandes cryptiques en bon nombre de distribution régulière, à revêtement régulier, ou peut-être dédifférencié ou encore en métaplasie intestinale partielle et incomplète en deux fragments.

La couche glandulaire muqueuse antrale est également en bon nombre, à structures régulières, peu dissociées par l'infiltrat interstitiel.

La coloration au GIEMSA n'a pas individualisé d'*Helicobacter pylori*

III/- Colon :

Les fragments biopsiques examinés correspondent à l'examen histologique à des fragments d'une muqueuse colique dont l'architecture globale est respectée, à revêtement de surface cylindrique régulier. En regard, le chorion est d'aspect lâche bien vascularisé, congestif, il est infiltré d'une manière modérée d'éléments inflammatoires, associant des lymphoplasmocytes, des polynucléaires neutrophiles avec des glandes en bon nombre, à revêtement tout à fait régulier.

La muscularis muqueuse est sans particularité.

Nom : CHAFIK MOUNIRA
Code Patient : 32VY5179

CONCLUSION :

- I/- Discrète duodénite non spécifique.
- II/- Gastrite antrale interstitielle chronique parfois atrophique avec métaplasie intestinale partielle et incomplète.
 - Absence d'*Helicobacter pylori* sur ce prélèvement.
 - Absence de dysplasie.
- III/- Colite subaigue très modérée non spécifique.
 - Absence de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F.SEKAT

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
IBN KHALDOUN
101, Bp. Anglé 84, Abdelouahab, Rue Charité
Dr. F. SEKAT