

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-815419  
*176 936*

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>11086</i>			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>(Sohib) Souissi</i>			
Date de naissance : <i>21/10/92</i>			
Adresse : <i>40, Rue Dhabee Ben</i>			
Tél. : <i>066211653</i> Total des frais engagés : <i>1200,00</i>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>1319/20/13 Dr. S. Mounir</i>			
Date de consultation : <i>1319/20/13</i>			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>AFF d'après</i>			
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'at <sup>l</sup> 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 : *09/10/2013* Le : *12/10/2013*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèche et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/09/2023		C.	87.0000 160.0000	INP. 03/09/2023

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES 180 KHALDOUN 94 bis, Angle Bd Abelmannen et Rue Chalange Dr. J. SEKAT Dr. A. BRITEL	13/03/23 1990	100 + 100 + 100 = 300	1200,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 di

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, 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'EXÉCUTION

LAI



NA

12/09/2023

Mme CHAFIK MOUNIRA

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

PAYANT

DR.JAMIL DRISS

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO-CYTOPATHOLOGIQUE

Pr. Jamil

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : ..... MR  MME  MLLE  ENF

Age : ..... Mounira Chafik

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : .....

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

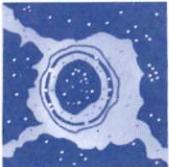
Renseignements cliniques et paracliniques :

HT. de 5 cm  
Osseuse stade A  
Gosse actuelle 15 mois  
en "2 ays de Rose"  
+ gros pis flegm / Biss (2)  
Diodes → Biss (1)

Date : .....

Signature :

Colon p.m au colic  
Boston (2+2+2) // Biss Etages



# 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

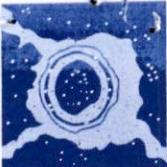
LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES  
IBN KHALDOUN  
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila  
Dr. F. SEKKAT  
Dr. A. BRITEL

0522.99.37.86 مكرر، زاوية عبد المؤمن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضا - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس:

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.

Œsophagite 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 villous 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 peu 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'Hélicobacter 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'Hélicobacter pylori sur ce prélèvement.
    - Absence de dysplasie.
  - III/- Colite subaigüe très modérée non spécifique.
    - Absence de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F.SEKKAT

Dr. F. SEKKAT  
104, Bl Agglez Abderrahmane Rue Chaffi  
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE GIGI  
105 N° 10 ALADDOUN