

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

M23-0029567

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKKAD ABDELMAJID

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 101 CAIMOUNE NR 469

CASABLANCA 20190

Tél. : 0639255272 Total des frais engagés : 593,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/2023

Nom et prénom du malade : MOUTEN ASHA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : sténose aortique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

2

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
15/09/23			G	
20/09/23			G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA de d'Aménagement H H 47 N° H Hay Laymoun - Hay Hassani 022 93.86.84 - Fax: 022 93.87 15	15/09/23	142,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HÔPITAL CHEIKH KHALIFA	20/09/2023	P000	451,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

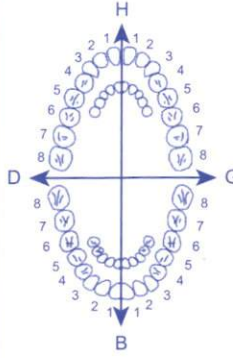
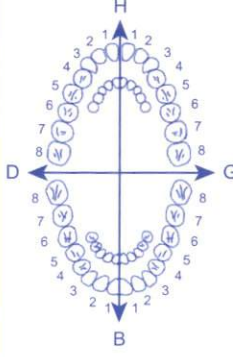
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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	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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

15/09/23

Dr. Normy Asma

142,20

- Fortran 5 :



1 Boite


1 sachet dans 1 litre

4 sachets = 4 litres



(- lundin : 2 litres
- Nardi : 2 litres)

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H H 47 N° H
Hay Laymoun Hay Hassani
Tel : 022 93.86.84 - Fax : 022.93.87 15

maphar 

Boulevard Akimis n°6
Quartier Industriel Sidi Bemoussa Casablanca - Maroc

FORTTRANS SAC B4

P.P.V. : 142,20 DH



6118001181209

LOT : A51804

Exp : 12/2025

Authorised medicinal product N°: 3400932886227
List I.

No special condition for storage.



PMF IDMKI

وصفة طبية

Ordonnance

12/07/23

Casablanca, le :

Cher Professeur

Je me permets de vous

remercier M^{me} Marmen

Asmae pour son

pour ADH spécialisée

présent une ambulance

Colo-rectal avec une

Sténose inférieure

pour l'intervention

Dr. [Signature]

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 20/09/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1624 E-mail : abakfr2@hotmail.com Phones : 0639255272
Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAM ABDELMAJID
Nom et Prénom du bénéficiaire : MOUMEN ASMA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MOUMEN ASMA
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

sténose anastomose colo-rectale
Dilatation au Ballonnet

Cachet, date et signature du praticien



A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

PLI CONFIDENTIEL



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
JOURN. GÉNÉRAL. MÉDECINE

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mme : Mouna Asma : Ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Sténose anastomose colo-Rectale
infranchissable

TRAITEMENT PROPOSE :

Dilatation du Sigmoid
Eclipse ou Hecule

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

5,5 / 18 cm

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 12.09.2018

Cachet et Signature du Médecin

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 12/09/2023
N° :230912151546OU

Nom patient : MOUMEN ASMA

Prise en charge : MUPRAS

Traitements CHIRURGIE

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE SEJOUR		50	F	25,00	1 250,00
		1		550,00	550,00
				Sous-Total	1 800,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
K CHIRURGICAL K ANESTHESIE		50	KC	25,00	1 250,00
		25	K AREC	25,00	625,00
				Sous-Total	1 875,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		50	F	15,00	750,00
				Sous-Total	750,00
CONSOMMABLE MEDICAL		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
BALLON DE DIL HERCULE		1		2 838,00	2 838,00
				Sous-Total	2 838,00

Total devis

7 263,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
SEPT MILLE DEUX CENT SOIXANTE-TROIS DIRHAMS

(Signature)
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
P. 05 29 03 53 45

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2309121606216450 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300745084	MOUMEN ASMA	12/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque <i>NB: Chèque avance</i>	1300037 / BP <i>Ech : 12/10/2023</i> AKRAM ABDELMAJID	7 263,00
MUPRAS	Total payé	7 263,00
SEPT MILLE DEUX CENT SO		

Reçu établi par : OUM.IDR

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm-tick.dz
115 Avenue Mohammed VI
11500 Casablanca



Casablanca, le mercredi 20 septembre 2023

DILATATION COLIQUE AU BALLONNET

Identification du Patient	Informations administratives
Nom : MOUMEN	Médecin traitant : Professeur EL IDRISSE LAMGHARI ABDENNACEUR Hépatogastroentérologue
Prénom : ASMA	Service : Hôpital de jour Chirurgie 1
Age : 64 ans	IPP du patient : H0122012581

INDICATION :

ADK Sigmoïdien opéré, anastomose colo-rectale

RESULTAT :

Sténose très serrée du haut rectum

Introduction du fil guide, puis du ballon de dilatation COOK hercule 5,5/18, dilatation réalisée sous double contrôle avec un bon résultat

L'exploration a été réalisée jusqu'à l'angle colique droit dans un colon mal préparé

Présence de deux plages bourgeonnantes d'allure polyploïdes juste au-dessus de la sténose dilatée : biopsie faite

CONCLUSION :

Sténose anastomotique dilatée au ballon

Le colon semble normal jusqu'à l'angle colique droit sous réserve de la mauvaise préparation

Plage polypoïde sus anastomotique biopsiée

Signature :

Professeur EL IDRISSE LAMGHARI ABDENNACEUR
Endoscopie Digestive Interventionnelle



Casablanca, le mercredi 20 septembre 2023

EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

PATIENT : MOUMEN ASMA

**RENSEIGNEMENT CLINIQUE : ADK sigmoïdien opéré, sténose de l'anastomose
colo-rectale dilatée**

Tube 1 : deux plaques bourgeonnantes d'allure polyploïdes juste au-dessus de la sténose

Cachet et signature :

Professeur EL IDRISSI LAMGHARI ABDENNACEUR





Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 20/09/2023

Prélevé le : 20/09/2023 à 12:16

Edité le : 24/09/2023 à 19:26

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 23094657K



Réf Anapath:2309B200

RC:

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Biopsie de la sténose de l'anastomose colo-rectale

Macroscopie:

Parvenu neuf fragments de 0.1 à 0.3 cm ; inclus en totalité.

Microscopie:

Ils correspondent histologiquement à une muqueuse de type colo-rectal tapissée d'un revêtement épithélial constitué de cellules régulières ne présentant pas d'atypies nucléocytoplasmiques. Il est ulcéré, remplacé par un bourgeon charnu. Les glandes sont normocrines disposées de façon homogène au sein d'un chorion oedémato-congestif riche en éléments inflammatoires polymorphes.

CONCLUSION:

- Remaniements inflammatoires aigus ulcérés.
- Absence de lésion tumorale sur les prélèvements communiqués.

Le 24/09/2023 à 19:26

Signature

Dr. MAHDI Youssef

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

1 / 1

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : MOUMEN ASMA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	EL IDRISSE LAMGHARI ABDE	
Prise en charge	MUPRAS	
Date entrée	✓ 20/09/2023	
Date sortie	✓ 20/09/2023	15:08
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : OUM.IDR 20/09/2023 16:49 2300745084		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm-hck.ma
HCK: 001740003102

Le 13 septembre 2023

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
AVENUE MOHAMED TAIEB NACIRI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001624_1949-07-01_ABDELMAJID
N/REF : 20232560023985
Adhérent : AKRAM ABDELMAJID

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ASMA MOUMEN.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 3962.50 MAD
- Restant à charge adhérent : 462.50 MAD

Validité de prise en charge : du 13-09-2023 au 13-12-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ASMA MOUMEN.

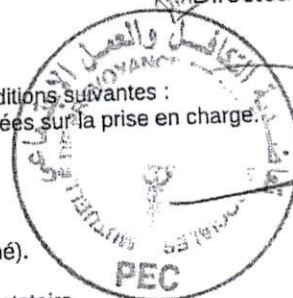
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge.
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens.
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 131595 / 2023 du 20/09/2023

Nom patient	MOUMEN ASMA	Entrée	20/09/2023
Prise en charge	MUPRAS	Sortie	20/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	50,00	F	25,00	1 250,00
SEJOUR	1,00		550,00	550,00
			<i>Sous-Total</i>	1 800,00
PHARMACIE	50,00	F	15,00	750,00
BALLON DE DIL HERCULE A GUIDE 15-16.5-18	1,00		2 838,00	2 838,00
			<i>Sous-Total</i>	3 588,00
Total Clinique				5 388,00

PR. EL IDRISSI LAMGHA (hépatogastro-en)	50,00		25,00	1 250,00
PR. JAAFARI ABDELHAMI (anesthésie-réani)	25,00		25,00	625,00
			<i>Sous-Total</i>	1 875,00
Total Autres prestations				1 875,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	7 263,00
SEPT MILLE DEUX CENT SOIXANTE-TROIS DIRHAMS				
Immatriculation : C151905	Adhérent :	MOUMEN ASMA	Part organisme	3 962,50
Affiliation :	N° prise en charge :	20232560023985	Part patient	3 300,50
Cin : C151905-L				



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2309261040447580 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300745084	MOUMEN ASMA	26/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	1300040 / BP AKRAM ABDELMAJID	3 300,50
MUPRAS	Total payé	3 300,50
TROIS MILLE TROIS CENTS		

Reçu établi par : HAN.BOUD

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@chkh-bek.com
117 4000 - 00 7440000000000000