

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

M23-000331

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2183 Société : 178496

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUIDER SAADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 190862 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : ALD ALC Pathologie : 1. f. n. 26 + SPN

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 : Le : / /

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
22/08/23			CG	Hôpital Universitaire de Hammam Sousse Pr. ASSISTANT MEDICAL Chirurgie Viscérale 0912405119

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
	22/08/23	Panco	3597,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

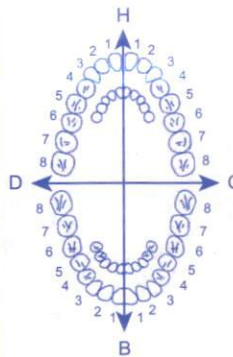
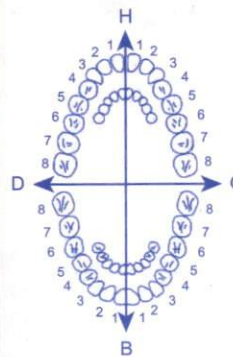
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				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																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[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'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/08/2023

M^m SADIA EL GUINAZ

Prière de compléter
l'étude immuno histochimique
de la biopsie excisée de
Cy.





Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123023898
Date de naissance : 10/03/1962
Sexe : F
Date de l'examen : 22/08/2023
Prélevé le : 22/08/2023 à 09:47
Edité le : 09/10/2023 à 11:29

Mme ELGUIDER SADIA
Dossier N° : 23084593K
Service : EXTERNE



Références anapath : 2308P101/2309IHC47
RC : Splénomégalie, coulée d'ADP inguinale. Biopsie gg inguinal : Ganglion d'architecture remaniée et suspecte nécessitant un immunomarquage pour étayer le diagnostic.

Compte rendu anatomopathologique

A l'étude immunohistochimique :

- 1- Anticorps anti- **CD20** : Marquage intense diffus et nodulaire.
- 2- Anticorps anti-**CD 5** : Positif assez diffus.
- 3- Anticorps anti-**BCI2** : Marquage intense diffus et nodulaire.
- 4- Anticorps anti-**Ki67** : Estimé entre 35 et 40% au niveau des zones hot spot.
- 5- Anticorps anti- **CD23** : Marquage des cellules folliculaires des centres germinatifs résiduels.
- 6- Anticorps anti- **CD10** : Marquage hétérogène.
- 7- Anticorps anti- **Cycline D1** : Marquage nucléaire intense diffus et nodulaire.
- 8- Anticorps anti- **CD3** : Marquage des cellules réactionnelles.
- 9- Anticorps anti- **CD30** : Négatif.
- 10- Anticorps anti- **Mum1** : Négatif.
- 11- Anticorps anti- **Bcl6** : Négatif.

Conclusion:

- Profil immunohistochimique en faveur d'un lymphome à petites cellules de type manteau.

Le 09/10/2023 à 11:29
Signature

OUKABLI Mohamed

RÉCHIM D'ANATOMIE INTERNATIONALE CHEIKH KHALIFA
Dr. OUKABLI Mohamed
Anatomie Pathologie



Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 /

HOPITAL CHEIKH KHÁLIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 116119 / 2023 du 22/08/2023

Nom patient	ELGUIDER SADIA	Entrée	22/08/2023
	PAYANTS	Sortie	22/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	3 597,00	3 597,00
			Sous-Total	3 597,00
Total Clinique				3 597,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGT-DIX-SEPT DIRHAMS	Total	3 597,00

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HÔPITAL CHEIKH KHÁLIFA