

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-828869

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	00.13.453	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Khaoula
Nom & Prénom :		Hzaoui	
Date de naissance :		18.08.1998	
Adresse :		habituelle	
Télé. :	06 78 73 76 66	Total des frais engagés :	15,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Ahmed ANNOUNE
 Chirurgie Maxillo-Faciale
 et Stomatologie
 Ad. Ghandi, Résidence Mansour
 Imm 7, Appt 7 - Casablanca
 Tél / Fax: 05 22 941 946

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2013

Nom et prénom du malade : HZAOUI KHAOULA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Biopsie gland salivaire

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 à caractère personnel.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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
25/11/2013 R 20				<p style="text-align: center;">Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologique</p> <p style="text-align: center;">Dr. Ghannouchi, Résident en FOX</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ENKARIA Centre de Pathologie Ain Taoujale N° 10 - 2ème étage Bourgogne - Casablanca 05 22 22 45 45 - 05 22 22 77 95 80	25/11/23	pu50	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></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																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Docteur Ahmed GANNOUN
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie

De la part du Dr :
Bd. Ghandi, Résidence Mansour
Immeuble N° 7, Appart 2 - Casablanca

Nom et prénom du patient :
TU / H12A00000000 KHAOUA

Age : 1999 Sexe : ♀

Date de prélèvement : 25/12/2013

Renseignements cliniques et paracliniques :
Synopsis de S. de Congénital

BENKIRANE Leila
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14 Bd Aouijate N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 27 85 48 - Fax : 05 22 27 95 64

Organe prélevé :
Biopsie larynx

Nature de l'acte réalisé :
Biopsie gland. thyroïde

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet
Dr. Ahmed GANNOUN
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi, Résidence Mansour
Immeuble N° 7, Appart 2 - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 941 946



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme HRAOUI
KHAOULA

Age : 25 ans

Prescripteur : Dr. GANNOUNE AHMED

N° Anapath : 2311251129

Date réception : 25/11/2023

Nature du prélèvement : biopsie glande salivaire accessoire

Renseignements cliniques : suspicion de syndrome de Gougerot. Biopsie labiale.

Casablanca, le 01/12/2023

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

L'examen histologique a porté sur 5 fragments biopsiques mesurant 2 à 4 mm de grand axe, inclus en totalité dans un seul bloc et examinés sur des niveaux de coupe sériés.

Il montre une glande salivaire accessoire de type séro-muqueux siège de discrets remaniements fibreux interstitiels, associés à un infiltrat inflammatoire mononucléé intralobulaire, d'intensité légère à modérée, fait de lymphocytes, et de plasmocytes matures.

On individualise 3 foci lymphocytaires, dénombrant une cinquantaine de petits lymphocytes réguliers, deux péri-canalaires, et l'autre péri-vasculaire.

Il n'est pas observé d'exocytose lymphocytaire au sein de l'épithélium des canaux excréteurs.

Absence d'individualisation de granulome sarcoïdosique sur les nombreux niveaux de coupe examinés.

Absence de dépôt amyloïde sur la coloration du Rouge Congo.

CONCLUSION :

Aspect morphologique d'une sialadénite chronique lymphocytaire et plasmocytaire focale de grade 3 de Chisholm et Mason pouvant être considérée comme un critère d'inclusion pour le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren.

Absence d'argument morphologique pour une sarcoïdose dans la limite des fragments examinés.

Absence de dépôt amyloïde.

Dr Benkiran Leïla

BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14 Bd. Ain Taoujتate N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48-Fax : 0522.27.85.64
E-mail : labpathologie.bourgogne@yahoo.fr

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

F A C T U R E

N° : 2311251129
Du : 25/11/2023

Nom patient : Mme HRAOUI KHAOULA

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
BIOPSIE GLANDE SALIVAIRES	450	500,00
	Total	500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS		

BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14 Bd Ain Taoujtate N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél 05 22 27 85 48 Fax 05 22 27 95 64