

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

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



W17-107537

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020741

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société :


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Leman El Mehdi Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Amina Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020741

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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

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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
D	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'EXECUTION

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
				Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">02 JUL 2019</div>			Fin de																	

ACCUEIL SERVICE N°1



W17-107537

DATE DE DEPOT

03/07/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12526
Nom & Prénom <u>ZERRAR ELMELHI</u>		
Fonction : <u>OPL</u>	Phones <u>0662227858</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>BENRRINE AMINA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>29 ans</u>	Date <u>12/06/2019</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>fibro + labo</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Noir détail</u> <u>FN: 17/11/19</u>		<u>3300</u>
PHARMACIE	Date	
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>12/06/19</u>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>B350</u>	<u>700,00</u>	
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE Mly IDRISS 1er 86 Bd Mly Idriss 1er (Face à l'Ecole Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher 0522 86 18 36 / 29-Casablanca		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



NOM: BENZZING

Prénoms: AMIRA

Age: 23 ans

Date de prélèvement: 12/6/2019

Dens. cliniques & RCH rectale.

+ Epigastalgies

Coloscopie: Rect siège d'une ulcération
fragile avec sauculécules les intervalles de
refuse

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
86, Bd. My Idriss 1er,
Charles de Foucauld Rés. Al Jawaher
Tél: 0522.86 18.36 / 29-Casablanca

biopsies rectales n° 3: inclusions CMU
biopsies n° 2
sténoses n° 1

Rbbs: Grosse tumeur microscopique Biopsie Antre
Fibro 1, Fibro 2

→ Etude Anapath

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 : الفاكس - الدار البيضاء - (قرب حديقة مردوخ) - شارع عمر الادريسي

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

Tél: 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85: الهاتف

E-mail: cliniquemerssultan@gmail.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

Dr. PADRE Wafaa
Professeur en
Gastro-Entérologie
et Proctologie
Département
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 12/06/2019

Nom & Prénom : BENZZINE AMINA

N° d'examen : 1906H0192

Date réponse : 14/06/2019

FACTURE N° 19/3015

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Biopsie gastrique	B350	700,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Sept cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
My. IDRIS I^{er}
86 Bd. My Idriss I^{er} (Face à l'Ecole
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél : 0522 86 18 36 / 29-Casablanca

NOM & PRENOM:

Benzgine Amin

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1° Date de la constatation de l'état du malade:

12/06/19

2° Renseignements clinique :

Fibra + Colence

3° Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série):

Fibra + Colence

4° Durée prévisible du traitement:

Casablanca, le 12/06/19

Dr. Azeddine EL HAIBA
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Mers Sultan
64, Rue Omar El Idrissi Casablanca
Tél.: 09 22 27 72 72

Dr. BADRE Wafaa
Professeur en
Hépatogastro-Entérologie
et Proctologie
CHU Ibn Rochd Casablanca



ICE:001728360000010

F A C T U R E

N° : 1711 / 2019 du 12/06/2019

Numéro dossier : 9F121212

Médecin traitant : DR. BADRE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BENZZINC AMINA	Payant	12/06/19	12/06/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FIBRO+COLONO		1,00	3 300,00	3 300,00
			Sous/Total	3 300,00
Total clinique				3 300,00

Arrêtée à la somme de :

TROIS MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 3 300,00

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
3 300,00		3 300,00	

Droit de Timbre
Selon Les Dispositions de
l'Article 252-I-B du CGI

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Bd Omar El Idrissi
Casablanca - Tél: 05 22 27 72 72



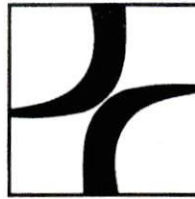
CLINIQUE MERS SULTAN
64 BD OMAR IDRISSE
CASABLANCA

Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mme BENZZINC AMINA		
Chambre :		
Médecin traitant	BADRE	
Prise en charge	Payant	
Date entrée	12/06/2019	
Date sortie	12/06/2019	12:16
Le caissier	L'infirmier	Le major

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca - Tél: 05 22 27 72 72



Date : 12/06/19

Nom & Prénom du Malade : M^{re} Benzoune Amine

Diagnostic : RCH en poussée - Epigasthalgie

Chirurgien : P. BARE

Anesthésiste :

Panseuse : Coloscopie

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Progression faite jusqu'au bas fond.
Cecum avec cathétérisme de la dernière
courbe iléale. Sur un colon moyennement
préparé.
La dernière courbe iléale est d'aspect
normal. Bords nets.
Le cæce est bien distendu, la vésicule
gallienne est normale. Présent en aspect
endoscopique normal. Bords nets.
Le rectum présente un aspect engorgé.
Pas de diverticulites. Sans ulcères.
de la muqueuse. Pas de la HA jusqu'à 15 cm
de la marge anale. Complète avec

ne RCH en poudre.

Culex = RCH a localisation metal
Score Mayo = 2.

7

[Handwritten signature]

Grading: RCH a localisation with score Mayo = 2.

27 RCH au Musée.

Date : 12/06/19
 Nom & Prénom du Malade : Mr Benzouie Amine
 Diagnostic : RCH + Gégastropas
 Chirurgien : PRAIRE
 Anesthésiste :
 Panseuse : F. Boulequin OGD

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Oesophage : Cardia à 38 cm des arcades
dentaires. Œsophagoscope sans anomalies
Estomac : Lac supérieur clair, peu abondant
plus fuschus caudal, surface fusch
d'aspect normal. P'tite présente un
aspect discret micronodulaire. Bypass
antre n°2, Fund n°1.
Pylore : fusch.
Bulbe : ~~De De~~ = sans anomalies
Cardias : G'estite antrale micronodulaire

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 12/06/2019

Date de réponse : 14/06/2019

Sexe : F

Age : 29 ans

N° d'examen : 1906H0192

Nom et Prénom : Mme BENZZINE AMINA

Médecin traitant : Pr. BADRE

Nature du prélèvement :

Biopsie gastrique + coliques + rectales + iléales

Renseignements cliniques :

RCH rectale + épigastalgies. Colonoscopie : rectum siège d'une muqueuse inflammatoire fragile avec microulcérations sans intervalles de muqueuse saine. Fibroscopie : gastrite antrale micronodulaire.

COMPTE RENDU

I- Antre : un fragment examiné sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à de la muqueuse gastrique antrale avec la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement épithélial de surface est régulier, indemne de dysplasie et de métaplasie intestinale. Le chorion est siège d'un infiltrat inflammatoire d'intensité minime fait de lymphohistiocytes autour de structures glandulaires en nombre conservé régulières. Les coupes colorées au giemsa montrent la présence de l'helicobacter pylori en faible quantité.

II- Fundus : deux fragments examinés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à de la muqueuse gastrique fundique sans la tunique musculaire muqueuse du même aspect qu'au niveau de l'antré.

III- Rectum : trois fragments inclus en totalité, examinés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à de la muqueuse de type rectal, avec la tunique musculaire muqueuse, remaniée par des ulcérations. Elle montre un aspect polypoïde avec un chorion fibreux très inflammatoire siège d'un dense infiltrat fait de lymphoplasmocytes et de granulocytes pénétrant la paroi des glandes avec des images d'abcès cryptiques et glandulaires. Les glandes montrent un revêtement bien différencié. Absence de lésions granulomateuses. Absence d'inclusions à CMV.

IV- Iléon : deux fragments biopsiques analysés sur plusieurs plans de coupe et correspondant à de la muqueuse iléale dont un avec la tunique musculaire muqueuse. Les villosités sont de hauteur régulière avec un revêtement conservé sans exocytose lymphocytaire. Le chorion sous-jacent est œdémateux avec un infiltrat inflammatoire modéré lympho-plasmocytaire et la présence d'amas lymphoïdes réguliers. Absence d'agents pathogènes.

V- Colon : six fragments biopsiques analysés sur plusieurs plans de coupe, correspondant à de la muqueuse de type colorectal dont deux avec la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement de surface est régulier, avec conservation de la mucosécrétion. Le chorion est œdémato-congestif, siège d'un infiltrat inflammatoire chronique modéré, composé de lymphoplasmocytes avec la présence d'un amas lymphoïde régulier. Les glandes ne montrent pas d'anomalies. Absence d'abcès cryptiques, d'exocytose à lymphocytes et d'épaississement de la membrane basale. Absence d'agent pathogène. Absence de granulome.

CONCLUSION :

I-II- Gastrite antrofundique chronique légère, non atrophique, non active, sans dysplasie ni métaplasie intestinale, avec la présence d'helicobacter pylori+.

III- Rectite subaigüe et chronique sévère, ulcérée, avec des images d'abcès cryptiques et glandulaires, entrant dans le cadre d'une poussée aigüe de son RCH. Absence d'inclusions à CMV.

IV+V- Iléocolite œdématocongestive et modérément inflammatoire, sans signe de spécificité ni de malignité.

Signé : Dr. EL WARDI AMINE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
My. IDRISSE
86, Bd. My Idriss 1^{er} (Face à l'Ecole
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél: 0522 86 16 36 / 29 - Casablanca