

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 : Fernan 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 : Amimor 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 ADHÉRENT

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
					Montant des soins
					<input type="text"/>
					Début d'exécution
					<input type="text"/>
					Fin d'exécution
					<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H			<input type="text"/>
DROITE 12	11	21	25533412	21433552	<input type="text"/>
13	22	GAUCHE	00000000	00000000	<input type="text"/>
14	23		D 00000000	00000000	<input type="text"/>
15	24		35533411	11433553	<input type="text"/>
16	25				<input type="text"/>
17	26				Montant des soins
18	27				<input type="text"/>
	28				Date du devis
	29				<input type="text"/>
	30				Fin de
	31				<input type="text"/>
	32				
	33				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession 					



S W17-107537

DATE DE DEPO

DATE DE RETOUR

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	12526
Nom & Prénom		ZERRARI ELMEHDI	
Fonction :		Phones	0662227757
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient BENZINC AMINA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 29 mois
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
fibro + lab			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Voir détail FN 272119			3300 Dr. AZEDDINE BEN AÏA
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date 12/06/19	
Désignation des Coefficients 3350		Montant détaillé des Honoraires 700,00	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



NOM: BENZZING

Prénom : AMIR A

Age: 23ens

Date de prélèvement: 12/6/2019
Dens. cliniques ☺ RCT rebute.

+ Epigastralis

Coloscopie : Rect seje de vase ablatifs
fragile avec mucoséales lors intervalles de
superfice

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
Dr. M. Idriss 1er,
86 Bd. My. Idriss 1er (Face à l'Ecole
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél: 0522.86.18.36 / 29 - Casablanca

Fibro : Constitue atriale
Fibro 1. fibro 2

microanodiles Bypis Arte

gadgets n° 3; inclusions CMV
tubulaires n° 2
ståles n° 1

\Rightarrow Block An a path

URGENCES 24H/24H

64، شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء-الفاكس : 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
للهاتف: 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 :
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 00172836000010

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste
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: Benzjine Amine

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

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

12/06/119

2° Renseignements clinique :

Fibrose + colcence

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):

Fibrose + Colcence

4° Durée prévisible du traitement:

Dr. Azeddine EL HAIBA
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Mers Sultan
64, Rue Omar El Idrissi Casablanca
Tél.: 05 22 27 72 72

Casablanca, le 12/06/119

Dr. BADRE Wafaâ
Professeur en
Hépatologie
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, Rue Omar El Idrissi
Casablanca - Tél: 05 22 27 72 72



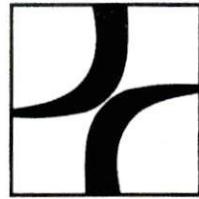
CLINIQUE MERS SULTAN
64 BD OMAR IDRISI
CASABLANCA

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 - Tel: 05 22 27 72 72*



Date : 12/06/19...

Nom & Prénom du Malade : Mme Benyamine Amina

Diagnostic : RCH en poussée - Epigastrique

Chirurgien : P. BADRIE

Anesthésiste :

Panseuse : Coloscopie

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Progression faite jusqu'au bas fond, c'est avec cathéters de la dernière cause réale. Sur un très moyenement préparé, la dernière cause réale est d'aspect normal. Bréps n°1
Le cache colique (en droit, latérale, gauche et grande) présent un aspect endoscopique normal. Bréps staph. n°2
Le rectum présente un aspect en kystoskopie fragile avec des adhérences. Ses intervalles de surface sont de la HA jusqu'à 15 cm de la bague quale capsule avec

ne RCH en posee.

Gardien = RCH a localisation rectale

Score Mayo = 2.

7

4

Score Mayo = 2

Gardien = RCH a localisation rectale

ne RCH en posee.

Date : 12/06/19
 Nom & Prénom du Malade : Mu... Benyamine Aissa
 Diagnostic : R.C.H. + Gastritis
 Chirurgien : PRADE
 Anesthésiste :
 Panseuse : Frédérique OGD

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Description : Cendre à 38 cm des arcades
 dentaires. Dents blanches sans anomalies
Estomac : Sac empêtré clair peu abondant
 plus fauché caillants, superficie brûlée
 et aspect noir. L'Anse présente un
 aspect discret anémone. Béquilles
 autre n°2, finds n°1
Pylone : fraîche
Ballot : Dr. Dr = pas anémique

Carcasses : à droite centrale et transversale

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste
 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 + épigastralgies. 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 épithelial de surface est régulier, indemne de dysplasie et de métaplasie intestinale. Le chorion est siège d'un infiltrat inflammatoire d'intensité minime fait de lymphohistiocites autour de structures glandulaires en nombre conservé régulières. Les coupes colorées au giemsa montrent la présence de l'hélicobacter 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'antre.

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'hélicobacter 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 MWARDI AMINE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
 My. IDRIS 1^{er}

86 Bd. My Idriss 1^{er} (Face à l'Ecole Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher

Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher

Tél: 0522 86 16 36 // 29-Casablanca