

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.

Diologie 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.

Educations :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

S : 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

N° P19-0027737

12860

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1756 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHARER ABDEL ILAH

Date de naissance : 17 juillet 1953

Adresse : lot. ASMARI FAMILIA n°10 TARGA

MARRAKECH 40000

Tél. : 0671363448 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Z SAMLANI
Gastro-Entérologue

Date de consultation : 9 / 12 / 19

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : douleur abdominale

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 : Marrakech Le : 17 DEC. 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12.12.19				Professeur Z. SAMLANI Gastro-Enterologue
00.12.19				

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
LABORATOIRE ELADLE Res. AMTAF Av. Yaâcob El Mansour 2ème Etage Appt. N° 5 - Gueliz - Marrakech Tél : 05 24 44 82 44 / Fax : 05 24 44 97 98	09/12/19	PTAF	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



CLINIQUE
LE MARRAKECH

مصحة
مراكش

Marrakech, le : 12/12/19

M. BOUCHAREB Abdeliech

Test respiratoire HP

Professeur Z SAMLANI
Gastro-Enterologue



CLINIQUE
LE MARRAKECH

Quartier Masmoudi, Targa Zdaghia, 40000 - Marrakech - Maroc

Tel : 05 24 39 65 65 • 05 24 39 65 66

Consultation et prises de rendez-vous : 05 24 39 65 60

• Urgences 24/24 : 05 24 39 65 00

IF : 15186202 - TP : 46223231 - CNSS : 4711827 - ICE : 001685287000048

www.cliniquelemarrakech.ma

مصحة
مراكش

حي المصمودي، تاركة الزداغية، 40000 - مراكش - المغرب

☎ 05 24 39 65 65 • 05 24 39 65 66

الاستشارات و المواعيد : 05 24 39 65 60

• المستعجلات : 05 24 39 65 00 : 24/24

LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Marrakech le, 09/12/2019

FACTURE : 00411/12/2019

NOM ET PRÉNOM	COEF	PRIX
BOUCHAREB ABDELILLAH	P727	800

Arrêtée la présente facture à la somme de

huit cents dirhams

LABORATOIRE AL FADLE
Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour
2ème Etage Appt. N°5 - Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 82 44 / Fax : 05 24 44 97 98

Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hôtel El Kabir) 2ème étage Appt. N°5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44 - Fax : 05 24 44 97 98 E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma

N° Patente : 45132506 - IF : 40287208 - ICE : 001623892000080



LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

الدكتور عبد الواحد مارات

Docteur Abdelouahad MARRAT

طبيب متخصص في التشريح المرضي

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

مختبر «الفضل»

للتشريح المرضي

الدكتورة ابتسام ازرارّة التويتي

Docteur Ibtissam ZRARA-TOUITI

أستاذة في التشريح المرضي

Professeur en Anatomie Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE



191203160100KH-002

Mr BOUCHAREB ABDEL ILLAH

Entrée: 09/12/2019 09:01

PR.SAMLANI

De la part du DR. :

- Mr, Mme, Melle, Enft :

- Age : Date du prélèvement :

HISTOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE :

- Organe :

- Nombre de Prélèvements :

CYTOLOGIE :

* FCV : Vagin ☐ Exo ☐ Endo ☐

Couche - Mince ☐

- Date des dernières règles :

- Mode de contraception :

- Traitement récent :

* Autre cytologies :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Fibroscopie digestive : Aspect de polypostéose
érythémateuse ① duodénum ② Antre-Fondus

Colonoscopie :

QUESTIONS :

lésion polypoïde sur la valvule
iléo-cécale ③

EXAMEN ANT(Réf) :

Cachet et Signature

Professeur Z SAMLANI
Gastro-Entérologue

إقامة أميظاف ، شارع يعقوب المنصور (قرب فندق الكبير) الطابق الثاني شقة رقم 5 - مراكش

Res. AMITAF Av. Yaacoub El Mansour (à côté hotel El kabir) 2ème Etage Appt. N° 5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44/ 05 24 43 29 29 - Fax : 05 24 44 97 98 - E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma



LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

الدكتور عبد الواحد مرات

Docteur Abdelouahad MARRAT

طبيب متخصص في التشريح المرضي

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

مختبر «الفضل»

للتشريح المرضي

الدكتورة ابتسام ازرار التويتي

Docteur Ibtissam ZRARA-TOUITI

أستاذة في التشريح المرضي

Professeur en Anatomie Pathologie

REÇU LE : 09/12/2019 Patient (e): BOUCHAREB ABDELILLAH
Répondu le : 12/12/2019 Envoi du docteur : PR SAMLANI
Siège du prélèvement : - DUODENUM + ESTOMAC Référence : Bx19120454
- ILÉOCOLON

Renseignements cliniques : 65 ans. Aspect pangastrite érythémateuse + lésion polypoïde de la valvule iléo-caecale.

COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Trois prélèvements sont parvenus :

- Le prélèvement duodénal a ramené trois fragments de 2x2mm à 1x1mm. Ceux-ci montrent une muqueuse aux villosités intestinales de hauteur normale avec un rapport crypte/villosité conservé. Les villosités sont bordées par des entérocytes réguliers intercalés par quelques cellules caliciformes. Les glandes chorioniques sont régulières. La lamina propria est occupée par un infiltrat inflammatoire en proportion légèrement élevée et polymorphe. Absence d'atrophie ou d'agent pathogène.

- Le prélèvement étiqueté "estomac" a ramené quatre fragments de 2x2mm à 1x1mm.

A l'analyse microscopique, il s'agit d'une muqueuse antrale et fundique à revêtement en surface régulier et non ulcéré qui repose sur un chorion modérément inflammatoire composé de follicules lymphoïdes, de lymphocytes, de plasmocytes et de nids de polynucléaires neutrophiles. Les glandes chorioniques sont bien différenciées en nombre normal. Les replis cryptiques abritent des amas *Helicobacter pylori*.

-Le prélèvement étiqueté "Iléo-caecal " a ramené cinq fragments de 1 x1mm chacun. Il correspond d'une part à une muqueuse iléale aux villosités de hauteur normale et aux glandes régulières, d'autre part à une muqueuse colique légèrement polypoïde recouverte par une assise de cellules cubiques régulières. Le chorion est modérément inflammatoire composé de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires neutrophiles évoluant sur un fond oedémateux avec des glandes chorioniques en nombre et de structure régulière.

Absence d'abcès cryptique, de granulome spécifique ou d'ulcérations fissuraires.

CONCLUSION

Gastrite antrale et fundique interstitielle chronique et folliculaire, d'activité moyenne, sans atrophie avec HP++. Elle est associée à une duodénite chronique minime et à des discrets remaniements inflammatoires chroniques et légèrement polypoïdes en poussée aigue de la muqueuse iléo- caecale.

Absence de signes de spécificité ou de malignité.

Dr. ZRARA-TOUITI

Dr. I. ZRARA-TOUITI
Professeur en
Anatomie et Cytologie
Pathologiques

إقامة أميطاف ، شارع يعقوب المنصور (قرب فندق الكبير) الطابق الثاني شقة رقم 5 - مراكش

Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hotel El kabir) 2ème Etage Appt. N° 5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44 / 05 24 43 29 29 - Fax : 05 24 44 97 98 - E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma