

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 051932

ND= 32597

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8676 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Fawiss Tamou

Date de naissance : 13/02/69

Adresse : Hay Angrit Rue 27 N° 284

Tél : 0663 1479 14 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/02/2020

Nom et prénom du malade : Fawiss Tamou Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie chronique

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) :



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
18/06/20		1	5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PANORAMIQUE TEL: 05 22 21 14 26 INPE: 092043099	18/06/20	284.12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire de Radiologie IBN KHALDOUN SIS, Angle Rd Abdelmoumen et Rue Châtille Dr. F. GEMRAT TEL: 05 22 21 14 26	18/06/20	Luna	500.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

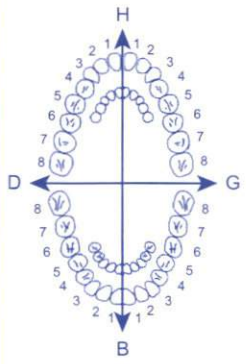
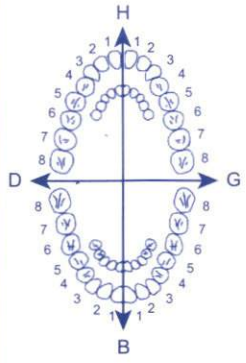
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LEVAMOX 100 mg 16 COMPRIMÉS EFFÉVESCENTS
PPV 157DH00
LOT 80020 2
EXP 01/2021

6 118000 050247
44,00 DHS
Prix Public de Vente
In - Maroc
377676E

6 118000 050247
44,00 DHS
Prix Public de Vente
In - Maroc
377676E

ANDOL
PARACÉTAMOL
Comprimé effervescent 8x100
1000
T.N.S. / N°:
Lot N°:
P.V.D.H.:

صيدلية المنظر العام
PHARMACIE PANORAMIQUE
Tél.: 05 22 21 14 26
INPE : 092043039

ORDONNANCE

Casablanca, le 18.06.20

Fares Tampu,

1/700



Levamox 1h
1sp 2xh.

1hr



2 Andol 1h
1h 2xh

2xh



1h de l'aspirine
Bande de l'aspirine

4400x2



4 bis-fine pour 1h
1h 2xh
1h 2xh

28hr

Dr. BOUZIANE Azeddine
Chirurgie Générale
Proctologie - Coloproctologie - Endoscopie
548, Bd 2 Mars Haddaouia II, Ain Chok - Casa
Tél.: 05 22 50 13 50 / 05 22 21 21 88 / Fax : 05 22 21 64



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 1700

CASABLANCA LE : 06/07/2020

Analyses effectuées le: 18/06/2020

Pour.....: **Mme FARISS TAMOU**

Sur prescription du: Dr BOUZIANE AZEDDINE

Code.....: 03V9710



Organisme.....: **NC**

Montant Net : 500.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

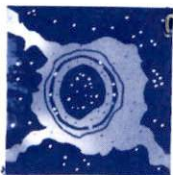
CINQ CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
IBN KHALDOUN
104 BIS, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chaita
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL

104 مكرر، زاوية عبد المومن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 0522.99.37.86
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Email : laboratoire.ibnkhaloudn@gmail.com

I.F: 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : Dr. A. Bouzou

Nom et prénom : M. Hassan Tameu MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 51 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Fistule anale

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

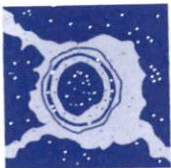
- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : Fistule anale

Radiographies :

Date : 18.06.20 Signature : Dr. A. Bouzou



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : FARISS TAMOU

Docteur : BOUZIANE AZEDDINE

Age : 51 ans

Date de réception : 18/06/2020

Organisme : NC

Code Patient : 03V9710

Organe : Fistule anale.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Fistulectomie.

Reçu deux fragments mesurant respectivement 3 x 0,5 cm et 2,5 x 1 x 1,5 cm. La tranche de section est souvent brunâtre, remaniée de façon complexe et profonde.

Histologiquement, il s'agit d'une muqueuse de type anal ou ano-périanale, dont le revêtement est tantôt conservé, parfois acanthosique, d'allure dystrophique, tantôt interrompu en regard d'un trajet fistuleux, d'aspect large, complexe et profond. Ce trajet fistuleux est bordé par un abondant tissu de granulation polymorphe et riche en néovaisseaux et l'on note une importante réaction macrophagique et résorptive avec de nombreuses cellules géantes de type résorptif.

CONCLUSION :

- Large fistule anale à trajet profond et complexe avec importante réaction macrophagique.
- Absence de malignité sur le matériel examiné.

Signé : Dr. A. BRITEL

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 BIS, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. A. BRITEL