

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

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.

éducation :

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.

ntaire :

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

Nº P19- 059383

ND 35095

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5048 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LE BRAH, AIN

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 : 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 Nº P19-059383

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 :

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

itions 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.

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.

ique :

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

éducation :

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.

entaire :

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

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5048

Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LEBBAR Amin

Date de naissance : 03/01/1964

Adresse :

4, lot HIND - Quartier California - CASA

Tél. : 266 1424214

Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : R.C.O

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 : Casablanca

Le : 11/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
W/37/63				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>APORTUMA RADILOGIE DU CENTRE 52 Boulevard Zénith Tél.: 03 22 22 51 31 / 34 Fax: 03 22 22 51 31</i>	13/07/20	0545	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant totale des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H G B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Rabat, le : 11/07/2022

Docteur :

Yakkoubi M'hamed

Fadil



Grohéh hossain





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 13/07/2020

FACTURE N° : 20/07380

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **13/07/2020**

Pour **LEBBAR AMIN**

Sur ordonnance du : **Dr BENKIRANE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerktouni
Tél.: 0522.22.51.31/34 Fax: 0522.22.50.90

Compte Rendu

IPP : 163449
Patient : LEBBAR AMIN
Date Entrée : 11/07/2020

ID_Dossier : A202656726
PEC : PAYANT09
Date Sortie : 11/07/2020

FIBROSCOPIE

1 - Chef du service :

Dr. M. Bennani

2 - Permanents :

Dr. J. Alami

Pr. M. Mohammadi

3 - Attachés :

Pr. A. Essaid

Pr. N. Kanouni

4 - Endoscopie digestives :

Fibroscopie OGD

Coloscopie

Echo-endoscopie

Ligature des VO

Plasma Argon

Polypectomie

Mucosectomie.

Dilatation œsophagienne.

5 - Exploration fonct. digestive

Manométrie

Manométrie ano-rectale.

pH-métrie des 24

Fibroscan

Vidéo capsule.

Echo-hépato-biliaire

6 - Contacts :

+ 212 537 68 70 62/64

- R.C :

- Douleurs thoracique.

- Résultat :

- **Œsophage** : Ligne Z à 36 cm des arcades dentaires.
Hernie hiatale par glissement de 03 cm.

- **Estomac** : Lac muqueux clair.

Aspect discrètement érythémateux de la muqueuse antrale.

Rétrovision : Absence d'autre anomalie.

- **Bulbe – D2** : Normaux.

- Conclusion :

- Hernie hiatale par glissement non compliquée.
- Antrite érythémateuse.

PR BENKIRANE AHMED

Dr. A. Benkirane
Pr. de l'Enseignement Supérieur
Hepato-gastro entérologie
CHU - Rabat

se gnostique de type fundique dont la
mucose de hauteur conservée et sa
texture. La musculaire-muqueuse
négative.

- Amie : Ces deux fragments biopsiques ont porté sur une muqueuse artificielle revêtue par un épithélium cylindrique haut normal bordant également les cryptes qui sont de profondeur conservée. La couche des glandes est d'épaisseur normale : les tubules sont bien différenciés.
- Le chorion superficiel est congéstitif, ponctué de lympho-plasmocytes.
- La musculature-muqueuse est sans particularité.
- Sur coloration spéciale, la *chellobacillus pilot* est restée négative.
- Conclusion : Ainsi le chorionique superficiel sans signe d'activité et sans *chellobacillus pilot*.
- Absence de signe de métaplasie ou de dysplasie.
- Pas de maladie.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Prélève le 11/07/20 et parvenu au laboratoire le : 13/07/20
Organes ou siège du prélevement : Ancre + fundus
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 55 ans

Nom & Prénom : MR LEBBAR AMIN
Sur ordonnance du : DR BENKIRANE
Ref : 20H07315

Cassablanca, le 14/07/20

Centre de Pathologie du Larvau

DR. NOELLE BENKIRANE

四

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°
2217 950

HCI

IPP : 163 449 N° de dossier : A202656726

DI : 2 517 143

Patient : LEBBAR AMIN

Montant : 700,00 Dh (sept cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 11/07/2020

Description : FIBRI SAN ANASTE

Medecin : E0201 BENKIRANE AHMED

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance
CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1602065



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2020/P/66580

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS

IPP : 163449

DATE ENTREE : 11/07/2020

N ° DOSSIER : A202656726

DATE SORTIE : 11/07/2020

NOM & PRENOM : LEBBAR AMIN

DATE FACTURATION : 11/07/2020

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<u>ACTES</u>			
REMISE HONORAIRE MEDECIN	800,00	-1,00	-800,00
FIBROSCOPIE AVEC ANESTHESIE	1 500,00	1,00	1 500,00
TOTAL ACTES : 700,00			

onoraires Medecins

BENKIRANE AHMED

FIBROSCOPIE AVEC ANESTHESIE

800,00 1,00 800,00

REMISE HONORAIRE MEDECIN

800,00 -1,00 -800,00

AL BENKIRANE AHMED :

TOTAL Honoraires : 0,00

Arrêtée la présente facture à la somme de
sept cents et xx / 100

Total général :

700,00

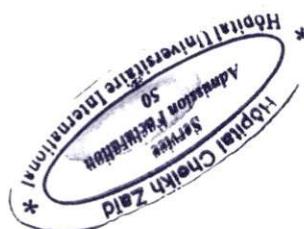
Total encaissement :

700,00

Sold

0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



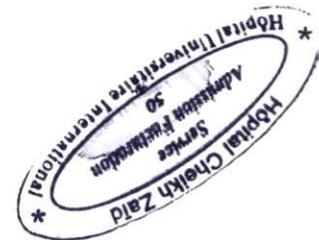


N° DE FACTURE : 2020/P/66580
IPP : 163449
N° DOSSIER : A202656726
NOM & PRENOM : LEBBAR AMIN

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
DATE ENTREE : 11/07/2020
DATE SORTIE : 11/07/2020
DATE FACTURATION : 11/07/2020

FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
REMISE HONORAIRE MEDECIN	800,00	-1,00	-800,00
FIBROSCOPIE AVEC ANESTHESIE	1 500,00	1,00	1 500,00
TOTAL ACTES : 700,00			



Arrêtée la présente facture à la somme de
sept cents et xx / 100

TOTAL FACTURE	700,00
TOTAL ENCAISSEMENT	700,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2