

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-553011

35144

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 08248 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAOUAM ABDELGHANI

Date de naissance : 18 JAN 1953

Adresse : 18 RUE TAOUFIK EL HAKIM - CASABLANCA

Tél. : 0661330959 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14.07.22

Nom et prénom du malade :

Age : _____

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

ETUDE IMMUNOLOGIQUE

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 : _____

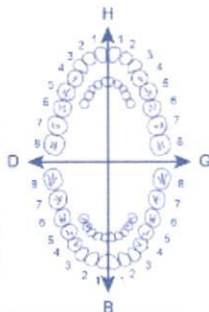
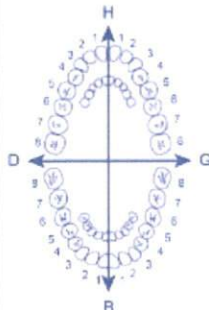
Signature de l'adhérent(e) :

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
14.7.20	9			

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
14/07/20	P270	X4	1200 D4

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00300000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00300000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00300000	D	G	00000000	00300000	25533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00300000																
	D	G																
	00000000	00300000																
	25533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				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															



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **ACHIAKH HOUAM Mouna**

FACTURE N° : 20/0980

DATE : 14/07/2020

Désignation	Cotation	Montant
Anti corps	270P	300,00
Anti corps	270P	300,00
Anti corps	270P	300,00
Anti corps	270P	300,00

Total Cotation	Total Montant
	1200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

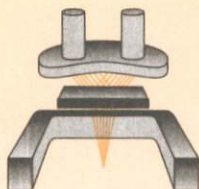
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS



59, Bd Rahal El Meskini - 3^e étage - Casablanca الدار البيضاء - الطابق الثالث - شارع رجال المسكيني - 59

Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02 - E-mail : patholab6@hotmail.fr - Taxe professionnelle : 34303849 - I.F : 41903849

I.C.E : 001807132000085 - I.N.P : 093003234



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 16/07/20

Nom & Prénom : Mme ACHIAKH HOUAM MOUNA
Laboratoire : PATHOLAB
Réf. : 20H07369

Parvenu au laboratoire le : 14/07/20

Organe ou siège du prélèvement : Estomac

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 49 ans

Biopsie gastrique

Antécédent de TNED gastrique

Petit foyer polypoïde sessile gastrique à l'hsto : TNED bas grade ?

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE

Anticorps utilisés	Cellules néoplasiques	
	Intensité	%
Anti Chromogranine Clone : LK2H10	+++	100%
Anti Synaptophysine Clone : SP11	+++	70%
Anti CD56 Clone : BSB5272	+	40%
Anti Ki 67 Clone : MIB1	+++	2 %

Conclusion : Profil immunohistochimique d'une tumeur neuro-endocrine de bas grade effectivement.

Dr Nouhad BENKIRANE

Dr. BENKIRANE Nouhad
52, Boulevard Zerktouni
Tél : 05.22.51.31 - 22.51.34
22.50.59 Fax : 22.50.59



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

59, Bd Rahal El Meskini - Casa - Tél.: 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02

E-mail : patholab6@hotmail.fr

REÇU PAYÉ

N/Réf : 20H0889

Reçu de Mr. ACHIAKH Mouna

La somme de : 1200 DH

Pour : IHC

Le 1: 4 JUIL 2020





Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Date : 14.7.20

Demande d'Examen anatomo - cytopathologique

Nom & Prénom : M^{me} ACHIACH MOUNA

Age :

Examen demandé par le Dr. M. J. Benkirane

Nature du prélèvement :

Ref: 20H0889

Renseignements cliniques / antécédents :

Faire étude Immunohistochimique



DR BENIRANE MEDJABIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13 BD AIN TAOUJATE CASABLANCA
Dossier et signature :

59, Bd Rahal El Meskini 3^e étage Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 Fax : 05 22 44 78 02

Email : patholab6@hotmail.fr