

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 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.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-553011

35144



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

08248

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HAOUAM ABDELGHANI

Date de naissance : 18 JAN 1953

Adresse : 18 RUE TAOUIK EL HAKIM - CASABLANCA

Tél. : 0661330959

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2014

13 BUDAI TAOUFIK

Nom et prénom du malade : Dr Ben Yahia Allal

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Etude immuno-réactive

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14.7.20	9		<i>CH</i>	INR

SANTÉ PUBLIQUE FRANÇAISE
SÉCURITÉ SOCIALE
SÉCURITÉ MÉDICALE
SÉCURITÉ DES SOINS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Emplacement de Pathologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>U. M. S. I. O. L. A. S.</i> Tél : 05 22 54 01 93 Meskini - Capca	14/07/20 P270	X4	1200 DH

AUXILIAIRES MEDICALS

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



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

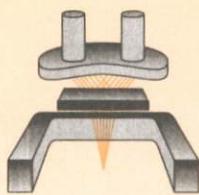
DATE : 14/07/2020

Désignation	Cotation	Montant
Anti corps	270P	300,00
Total Cotation		Total Montant
		1200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS





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. BEUKIRANE
Nouhad - PATHOLAB
52, Boulevard Zerkouni
Tel: 05.22.22.51.31 - 05.22.22.51.34
Fax: 05.22.22.50.90
32.59.59.59.59



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 : THC

Le : 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 : Mme ACHIAKHI Mouna Age :

Examen demandé par le Dr. M. J. Benkirane

Nature du prélèvement : Ref: 20H0889

Renseignements cliniques / antécédents :

Saïne etude Immunohistologique



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

DR BEN AYRANE MED HAFIZ
HEPATOGASTROENTEROLOGUE
13 BD AIN TAOUITATE CASA
Chet et signature :