

#### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000630

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 17234 Société : RMA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARNISSI Nourredine Date de naissance : 12/08/1962

Adresse : Rue FZ N° 32 My Abo Afane Mabrouka Casablanca

Tél. : 06 64 68 67 53 Total des frais engagés : H1500,00 DH DHS

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MARNISSI Nourredine Age :

Lien de parenté :

Nature de la maladie : affection ORL Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : 06/08/2022 Le : 22/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

MARNISSI Nourredine

suite dossier N° S19-0000629

### 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
22-10-2022	LS	C3	g.natr.h	Dr. ABADA Rashed Professeur Agrégé Ort et Chirurgie Cervico-Faciale INPE: 091023514

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHRA Dr. Hind ALATAWNA ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE 17 Louvre Centre RDC Angle Bd. Abdelmoumen et Bachir Lalaia Casablanca - Tel: 0522 23 37 50	22/10/22		15.00 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE DE PATHOLOGIE  
IBN ZOHR

# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

## مركز تشريح الخلايا والأنسجة ابن زهر

Dr. Hind ALATAWNA

RECU LE : 22/10/2022  
EDITE LE : 29/10/2022

NOM & PRENOM : MARNISSI SALMA  
PRESCRIPTEUR : PR ABADA  
Age : 15 ANS  
N/REF : H21010176

Nature du prélèvement : Adénopathie cervicale gauche

Renseignements cliniques :

### COMPTE RENDU

Etude immunohistochimique complémentaire :

Anticorps anti- CD20 : Positif sur les follicules lymphoïdes.

Anticorps anti-CD3 : Positif sur les lymphocytes T péri et inter-folliculaires.

Anticorps anti-Ki67 : - Positif sur les centres clairs germinatifs.

- Positivité modérée en inter-folliculaire.

Anticorps anti- Bcl2 : Positif sur les lymphocytes T péri et inter-folliculaires.

Anticorps anti- CD15 : Négatif sur les foyers de nécrose.

### CONCLUSION :

Aspect morphologique et immuno-histochimique d'une lymphadénite nécrosante non suppurée de Kikuchi Fujimoto.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR  
Dr. Hind ALATAWNA  
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE  
17 Louvre Center RDC Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalaj  
Casablanca 26105 05 22 23 37 50

# CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE IBN ZOHR

Casablanca le 22/10/2022

FACTURE N°22/3084

NOM ET PRENOM : MARNISSI SALMA

Nature du prélèvement : Etude immunohistochimique

Date du prélèvement : 22/10/2022

Montant de : 1500, 00 Dh.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cinq cents dirhams.

Signé



Patente N° 34708372 ICE :001864938000053 INPE :091151944

