

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

202764

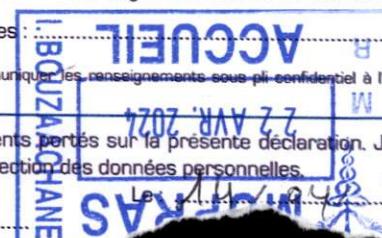
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : 7818		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAMOUN		NABIL AHMED	
Date de naissance :		09.11.1968	
Adresse :		5 RESIDENCE ALERIA ROUTE MOUNKA CASA	
Tél. : 06.61.47.20.46		Total des frais engagés : 1300 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Docteur Abdellah OUAZZANI</b>  <b>Spécialiste en Chirurgie Maxillo</b>  <b>Faciale &amp; Stomatologie</b>  <b>11, Rue Prince Moulay Abdellah</b>  <b>Tél. 22.63.43.44 - CASABLANCA</b> </div>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01.10.2021.2024			
Nom et prénom du malade : LAMOUN NABIL AHMED Age: .....			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Tumeur Bénigne .....			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : .....			
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 : CASA Le : 11/10/2021

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
31/01/2024	Consultation dose Tm huccal	CS K10	6000 Dhs 815.000 Dhs	31/01/2024 Signature du Médecin attestant le paiement des honoraires

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CE Corneille 42		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Imene Laboratoire Pathologique Quods, Immeuble 1er étage, Appt N° 3 986 43 - 07 01 49 49 12121890	1/2/2024	2636	700.00 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

Diagram of a 4x4 matrix  $H$  with elements  $D, E, F, G$  on the diagonal and 0s elsewhere.

A 10x10 grid with the following numbers placed in some cells:

- Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 2: 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 3: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
- Row 4: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
- Row 5: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
- Row 6: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
- Row 7: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17
- Row 8: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
- Row 9: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
- Row 10: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

The grid is labeled with H at the top, G at the right, D at the left, and B at the bottom.

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellah OUAZZANI

Spécialiste

En Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

الدكتور عبد الله وزانى  
اختصاصي في أمراض  
وجراحة الفم وهيكلا الوجه

Casablanca, le 31/01/2024

FACTURE #

Reçu de Monsieur LAHLOU NABIL Ahmed  
la somme de six cent dirhams (600 dh)  
pour l'intervention chirurgicale pratiquée  
le jour (Ablation d'un Tumor buccal).

Docteur Abdellah OUAZZANI  
Spécialiste en Chirurgie Maxillo-  
Faciale & Stomatologie  
11, Rue Prince Moulay Abdellah  
Tél : 05 22 22 69 44 - E-mail : ouazzani.a@menara.ma

# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



Dr. Zahra Benamour Biaz  
Anatomopathologiste

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi  
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Nom et prénom : LATLOU NABIL ABDALLAH Age : 55 Ans

Ordonnance du Docteur : A. Devezay

Référence anatomopathologique antérieure :

Siège et nature du prélèvement : Face de la lèvre supérieure

Renseignements cliniques et paracliniques : Petite tumeur silencieuse de 10 mm

du rein de la lèvre supérieure pédiculée  
(depuis 5 ans)

\* Frottis de dépistage : \* Vagin

Exocol

Endocol

Endomètre

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitements eventuels :

Date :

Dr Imane BELIAMINE  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Ibn Sina  
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2,  
1er étage, Appt N° 3 - Casablanca  
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27  
N°PE : 051271903

31/07/2024  
Docteur Abdallah OUAZZANI  
Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
11, Rue Prince Moulay Abdellah  
Signature : Tél. 22 89 43 72 - CASABLANCA

**NOM & PRENOM:** LAHLOU NABIL AHMAD  
**AGE:** 55 ans  
**PRESCRIPTEUR:** DR -  
**REF:** H240201592  
**ORGANE:** Masse  
**ORGANISME:** AUCUN

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Tumeur de la lèvre supérieure.

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

L'examen concerne un fragment biopsique polypoïde mesurant 0,5x0,7 cm; inclus en totalité. Il montre un revêtement de surface de type malpighien parakératosique sans anomalie architecturale ni atypie cytonucléaire. L'axe est fibreux, comportant un discret infiltrat inflammatoire lymphocytaire et quelques vaisseaux congestifs. Il n'est pas noté de signes de malignité.

### CONCLUSION :

Aspect morphologique compatible avec une hyperplasie fibro-épithéliale sans signes de malignité.

Dr Imane BELIAMIME  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie  
3d El Qods, Immeuble Riad El Qods GH2,  
1er étage, Appartement N° 3 - Casablanca  
T : 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27  
INPE : 09 17 71 80 03  
Dr. Imane BELIAMIME

# LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

## FACTURE

REF : FA24000732

Date de facturation 02 / 03 / 2024  
Médecin traitant DR -  
Patient LAHLOU NABIL AHMAD  
Demande H240201592 - 01/02/2024  
Organisme AUCUN

### Liste des examens

tume	tumeur		
Histologie			
Masse			
		A Payer	700,00 Dhs
		Coef-P	636

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENTS DIRHAMS

Dr Imane BELIAMINE  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie  
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2,  
1er étage, Appt N° 3 - Casablanca  
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 13 64 92 27  
INPE : 0912710027  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie  
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2,  
1er étage, Appt N° 3 - Casablanca  
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 13 64 92 27  
INPE : 0912710027