

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**Diagnostique 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 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.



**Déclaration de Maladie**

N° M20- 0008684

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9563      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : EX AGENT  
 Nom & Prénom : LAAMRI M. RADA  
 Date de naissance : 13-10-1970  
 Adresse : RESIDENCE MANZAH CALIFORNIA  
 MIHA 20 FL JADIDA  
 Tél. : 0663443423      Total des frais engagés : # 600 -      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : M. TADJIK      Age: Haute  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Myomectomie  
 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 : 14/04/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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
7/1/21	CS			

**Dr TARAROUSSAID**  
 Spécialiste en Otorhinolaryngologie - Médecin  
 14, Rue du Marché - Médéa  
 05 22 23 50 70 / 05 22 23 50 71  
 Auto. N° 9863  
 Tél:

### 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
	11/04/21	2 sur	600,00

**BN SINA GESTION**  
 400, Bd d'Alger - Médéa  
 Casp. Planica  
 Tél: 05 22 22 08 76 / 05 22 98 48 67

### AUXILIAIRES MEDICAUX

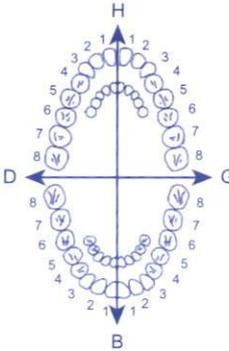
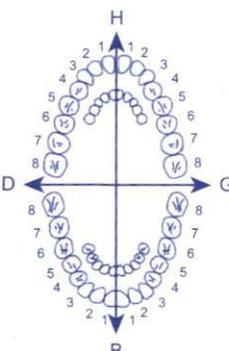
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
				H													
	25533412	21433552															
00000000	00000000																
B																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 IBN SINA



*W 12/11/11*

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 : *M<sup>me</sup> TAOUFIQ HANANE* Age : *43ans*

Ordonnance du Docteur : *D<sup>r</sup> TARARI SAÏD*

Référence anatomopathologique antérieure : .....

Siège et nature du prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : *Dyspareunie*

\* Frottis de dépistage : \* Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitements éventuels :

Date :

LABORATOIRE IBN SINA  
PATHOLOGIE  
Roudani - 400, Bd Brahim  
Tél. 05 22 23 08 76 - Cas.

Dr TARARI Saïd  
Spécialiste en Gynécologie Accouchement  
14, Rue du Marché - Maârif  
Tél. 05 22 23 56 79 - CASA  
Auto. 489984

400 Bd Brahim Roudani - 20330 Maârif - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67  
laboibnsina@hotmail.fr & anapatibnsina@iam.net.ma



## IBN SINA GESTION

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca  
Tél/Fax : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67  
E-mail : laboibnsina@hotmail.fr

Casablanca , le 08/04/21

Date de Réception

07/04/21

TAOUFIQ HANANE

ICE :

# Facture n° : 20211103

Cotation

P545

Nature du Prélèvement

Myomectomie

Montant Net

600,00

NET A PAYER

600,00

Signé :

**IBN SINA GESTION**  
400, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 0522 23 08 76 / 05 22 98 48 67



Dr. Zahra Benamour Biaz  
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi  
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

**Compte rendu du : 09/04/2021**

**Réf : GW1241E**

**TAOUFIQ HANANE**

**Adressé(e) par : Dr TARARI**

**Reçu le : 07/04/2021**

**Age : 43 ans**

**Nature du prélèvement : Myomectomie**

**Renseignements cliniques :**

L'envoi concerne une masse pesant 28g et mesurant 4cm/3,5cm/3,5cm de grands axes. On note par places, une capsule.

A l'examen histologique, on trouve une prolifération fusocellulaire fasciculée. Les cellules sont agencées en faisceaux entrecroisés. Elles ne montrent ni atypie ni activité mitotique notable. La vascularisation est faite par des capillaires et vaisseaux à paroi propre. A noter un infiltrat lymphocytaire interstitiel.

La lésion est circonscrite.

On note en périphérie, une muqueuse endométriale de type oestrogénique. Il n'est pas noté de signe de malignité.

**CONCLUSION** : Aspect histologique compatible avec un léiomyome sous muqueux.

Docteur A. EL HAMDAOUI RIFFI

LABORATOIRE IBN SINA  
DE PATHOLOGIE  
Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim  
Roudani - Tél : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67  
Dr Amina EL HAMDAOUI RIFFI  
Anatomopathologiste