

## 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 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

- 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-648378

8 3771

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18591 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN ABDALLAH

Date de naissance : 15/02/1988

Adresse : Hay asabm rue oin asendune Im B Apt 7 Casablanca

Tél. : 0600595525 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2024

Nom et prénom du malade : Benjelloun Abdallah Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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
06/09/21	C	6		Dr. M. BERRADA SOUFI Spécialiste en ORL Chirurgie Plastique Esthétique et Maxillo-Faciale

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. M. BERRADA SOUFI 7, Rue Ain El Mouta Casablanca - Tél: 05 22 36 24 80	06/09/21	629,5 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. M. BERRADA SOUFI CENTRE DE RADIOLOGIE 38, Bd. Bir Anzane Tél: 0522 96 64 77 - Fax: 0522 96 74 28	06/09/21	Prr=	600,

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DATE DU DEVIS [ ]														
				DATE DE L'EXECUTION [ ]														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



# مصحة بوسيجور

R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

LOT 211096

EXP 04 2025

PPV 90,50

LOT 210210 1

EXP 01 2025

PPV 90,50

LOT 211096

EXP 04 2025

PPV 90,50

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA  
SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

non remboursé  
28/09  
à l'ordonnance

Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85  
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L.  
Docteur en Pharmacie  
Melle EL MOUMINI MOUNA  
PHARMACIE LA SOURCE

Benjaloun Abdeloh

LOT: M0061  
EXP: FEV 2023  
PPV: 139,50 DH

LOT: M0061  
EXP: MAI 2023  
PPV: 139,50 DH

279,00

1) Avelox 750 mg

65,00 195 pt

2) Oprel 20 mg

14,00 3 gte matin et le soir - 3 pt 5

3) Diprospan 40 mg

271,50 19 x 35 gte

4) Xyzal 5 mg

629,50 19 x 35 gte

Dr M. BERRADA SOUNNI  
Spécialiste en O.R.L.  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMINI MOUNA  
Docteur en Pharmacie  
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L.  
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

PPV: 1 DH00  
PER: 07/24  
LOT: H1852



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Dr. M. BERRADA SOUNN  
Spécialiste en ORL  
Chirurgie Plastique Esthétique  
et Maxillo - Faciale

## Demande d'examen

De la part du Dr : BERRADA

Nom et prénom du patient : BENJELLON ABDELLAH

Age : 33

Date de prélèvement : 06/09/2011

Renseignements cliniques et paracliniques :

Adénome nasopharyngien bilatéral

Siège du prélèvement :

Nature de l'acte réalisé :

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Biopsie antérieure : Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP :

Pour F.C.V et Biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Thérapeutique antérieure ou en cours :

- Durée du cycle :

FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre

Dr. MISSOURY Réda  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Apt. 9  
Maarif - Casablanca  
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10  
Fax : 0522 98 74 28

Signature et Cachet  
Dr. M. BERRADA SOUNN  
Spécialiste en ORL  
Chirurgie Plastique Esthétique  
et Maxillo - Faciale  
Clinique ORL Beauséjour



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

**Dr Réda MISSOURY**

**Anatomocytopathologiste**

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles  
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux  
de Toulouse

Date de réception : 06/09/2021

Date de réponse : 10/09/2021

Sexe : M

Age : 33 ans

N° d'examen : 21110609

Nom et Prénom : **Mr BENJELLOUN  
ABDELLAH**

Médecin traitant : Dr. BERRADA SOUNNI

**Nature du prélèvement :** Polypose nasosinusienne.

**Renseignements cliniques :** Polypose nasosinusienne bilatérale.

## COMPTE RENDU

Matériel pesant 12grs, mesurant 5x5cm. Il comporte des tissus mous et cartilagineux.

Les prélèvements réalisés montrent histologiquement une muqueuse naso-sinusienne, d'aspect polypoïde à revêtement épithélial de surface, ulcéré par endroit ou desquamé; ailleurs régulier.

Le chorion est oedémateux, siège d'un infiltrat inflammatoire d'intensité modérée, fait de lymphoplasmocytes mêlés à de nombreux polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Les glandes du chorion sont nombreuses et régulières, parfois dilatées et kystiques. On note la présence de nombreux vaisseaux sanguins hyperplasiques à paroi épaissie, congestifs par endroit avec des remaniements hémorragiques.

### CONCLUSION :

- Aspect morphologique d'une polypose naso-sinusienne.
- Absence de lésion tumorale ou inflammatoire spécifique.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane Santa Elvira Appt. 9  
Maarif - Casablanca  
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10  
Fax : 0522 98 74 28





# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

**Dr Réda MISSOURY**

*Anatomocytologiste*

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles  
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux  
de Toulouse

Casablanca, le 06/09/2021

Nom & Prénom : BENJELLOUN ABDELLAH

N° d'examen : 21110609

## FACTURE N° FA21003654

Nature du prélèvement

Montant TTC

Polypose nasosinusienne.

600,00 Dhs

Mode de règlement : TPE

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

Dr. MISSOURY Réda  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9  
Casablanca  
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10  
Fax : 0522 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760