

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 canaux, 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 canaux.

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-643811

84212

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1890 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SINNAS KHADIFA

Date de naissance : 02-02-1944

Adresse : 68, rue Jean Jaurès Casa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur D. COHEN**
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
2, Rue Najib Maafouh - Casablanca
Tél. 0522.22.43.78 / 0522.26.82.00

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 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'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 : 04/02/2020 07-21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
13/07/2021	Cs			<i>Chirurgie Traumatologique</i> Mahfoud - Casabian

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>M&M PHARMACIE DES PAYS</i>	13/7/21	303,160
<i>PHARMACIE EL ANASSER</i>	02/08/21	175,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CENTRE DE RADIOLOGIE</i>	13/07/21	7818	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CLINIQUE GHANDI</i>	20/07/2021					100,00
<i>CENTRE DE RADIOLOGIE</i>	26/07/2021					100,00

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 de l'ODF.

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

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur David COHEN

Ancien Professeur à la Faculté
de médecine de Casablanca
Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie arthroscopique
Chirurgie de la main et micro-chirurgie
Chirurgie du rachis
Médecine et chirurgie du sport

البروفيسور دقيدكوهن

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء
إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
الجراحة المنضدية للمفصل
جراحة اليد
جراحة العمود الفقري
الجراحة و الطب الرياضي

Casablanca le 13/7/2021

Mme SINNAS Khadija

222012
1/ CODOLIPRANE

1 cp trois fois par jour pendant 08 jours

13160
7480
5240
2/SPECTRUM 500

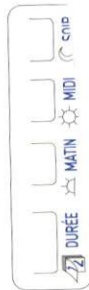
1 cp trois fois par jour pendant 10 jours

3/OEDES

30360
1 cp par jour pendant 14 jours



Micrograr



LOT 201565
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

PPV: 22DH20
PER: 03/23
LOT: K745



PPV: 22DH20
PER: 03/23
LOT: K745



COOPER PHARMA
LOT : 201042
PER : 07 - 2023
PPV : 74,80 DH

COOPER PHARMA
LOT : 201046
PER : 07 - 2023
PPV : 131,60 DH

COOPER
PHARMA

20 x 500

M&M H
PHARMACIENNES PRES
Parc Errahmoul - 15 Ma Dar Bouazza
Tél : 05 22 42 89 75 61



GHANDI Clinic
Caring for your life

Casablanca, le : 2/8/2024

ORDONNANCE

Mme LINDAS ~~Ben~~ Khadija

175.00

ADAX CREATRISANTE



EMULSION REPARATRICE
LOT: BCZ43
EXP: 03/2024
PPC: 175.00DH

1 amp x 2/j x 1 mois

*CPP: Collagen Potentiating Peptide,
facteur de croissance du collagène

ACL: 4852757

صيدلية
MACIE CAMELIA
Mme. LEMSEFFERNE VIRAMounia
29, Rue Hassan Souktani
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

Professeur D. COHEN
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
2, Rue Mohammed VI - Casablanca
tel: 0522.22.43.13/0922.28.81.00



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 16/07/2021

FACTURE N° : 21/07469

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

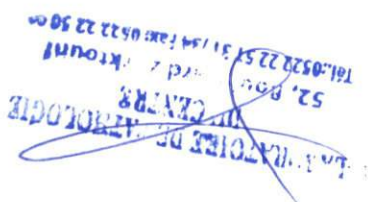
900,00 Dhs

NEUF CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **13/07/2021**

Pour **SINNAS KAHDIA**

Sur ordonnance du : **Pr COHEN DAVID**



CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 4493 / 2021 du 20/07/2021

Nom patient **SINNAS KHADIJA**
PAYANTS

Entrée 20/07/2021

Sortie 20/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Clinique				100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100,00

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54 Boulevard Ghandi - Casa
Tel.: 05 22 94 07 75 / 76

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 4582 / 2021 du 26/07/2021

Nom patient **SINNAS KHADIJA**
PAYANTS

Entrée 26/07/2021

Sortie 26/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ABLATION DES FILS	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	100,00
Total Clinique				100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total

100,00

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tél.: 05 22 94 07 75 / 76



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. Cohen DAVID
Nom et Prénom du Patient SANNAS Khadija
Age 1944
Date du prélèvement 13/7/21
Référence
Renseignements cliniques et paracliniques
Flacon I: Lipome de la loge hypo-
nard gauche
Flacon II: Lipome axillaire
Siège du prélèvement
Nature de l'acte réalisé
Thérapeutique préalablement instituée
Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐

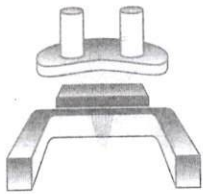
Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale

- Date des dernières règles
- Parité
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle
- Frottis monocouche : Vagin ☐ Exoco ☐ Endocol ☐
- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre ☐

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerktouni
Tél: 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34 - Fax: 05.22.22.50.90

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 14/07/21

Nom & Prénom : Mme SINNAS KAHDIA
Sur ordonnance du : Pr COHEN DAVID
Réf. : 21H07322

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 13/07/21

Organe ou siège du prélèvement : axillaire

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 77 ans

Lipome de la loge hypothénar gauche

Lipome axillaire

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

I- Pièce d'exérèse pesant 10 grammes, mesurant 4,5 x 3 cm, non encapsulée, d'aspect lobulé jaunâtre, accompagnée de deux fragments de 1 et 1,2 cm détachés de même aspect.

A l'examen histologique, il s'agit d'une prolifération lobulée par des travées conjonctivo-vasculaires grêles, constituée de lipocytes matures sans anomalie cyto-nucléaire.

Conclusion : Lipome lipocytaire de 4,5 cm de grand axe.

Pas de malignité.

II- Pièce d'exérèse pesant 60 grammes mesurant 7 x 5 x 3 cm, partiellement encapsulée d'aspect lobulé jaunâtre.

A l'examen histologique, il s'agit d'une prolifération lobulée par des travées conjonctivo-vasculaires grêles, constituée de lipocytes matures sans anomalie cyto-nucléaire, limitée partiellement par une pseudo-capsule fibreuse fine.

Conclusion : Lipome lipocytaire de 7 cm de grand axe, partiellement encapsulé.

Pas de malignité.

Dr L.LARAQUI