

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1580</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SINNAS KHADIFA</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1964</u>			
Adresse : <u>68, rue Jean Jaurès Casablanca</u>			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Professeur D. COHEN <i>Chirurgie Orthopédique</i> <i>Chirurgie Traumatologique</i> 2, Rue Najib Manfoud Casablanca Tél. 0522.22.43.78/0522.26.82.00	
Date de consultation :	Age:
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 20/10/2010 Signature de l'adhérent(e) : B. B. S. S. S.

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
13/07/2021 Cs				<i>Chirurgie ORNITHO-BIENNE M. M. Traumatologie Mahfoud - Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>M&M PHARMACIE DES SOUSSES</i>	13/07/2021	303,60
<i>PHARMACIE EL KHEIRIA Hassan</i>	08/08/2021	175,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE DE RADIOLOGIE</i>	13/07/2021	1818	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

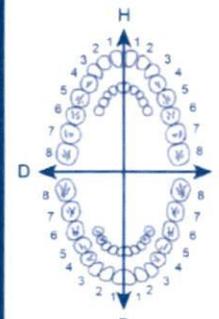
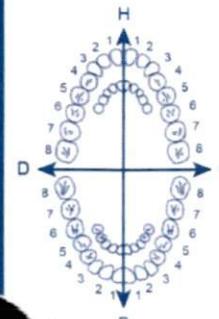
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>L'ENTRE DE RADIOLOGIE</i>	20/07/2021	pansement				100,00
<i>CLINIQUE DE RADIOLOGIE</i>	26/07/2021	Ablation des fils				100,00

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 canalaire, 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"/>
				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"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	D	G
25533412 00000000	21433552 00000000	
35533411	00000000	11433553
B		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	G
25533412 00000000	21433552 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 ديفيد كوهن

أستاذ سابق بكلية الطب

بالدار البيضاء

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
الجراحة المنصورية للمفصل

جراحة اليد

جراحة العمود الفقري

الجراحة و الطب الرياضي

PPV: 22DH20

PER: 03/23

LOT: K745



Casablanca le 13/7/2021

Mme SINNAS Khadija

2220 12
1/ CODOLIPRANE SV

1 cp trois fois par jour pendant 08 jours

13160
7480
2/SPECTRUM 500 SV

1 cp trois fois par jour pendant 10 jours

5240
3/OEDES SV

1 cp par jour pendant 14 jours

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

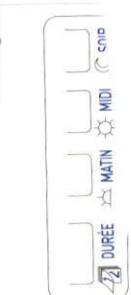


COOPER PHARMA
LOT : 201042
PER : 07 - 2023
PPV : 74,80 DH

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



PPV 52.80DH
EXP 05/2023
LOT 201565





GHANDI Clinic
Caring for your life

Casablanca, le : 21/8/2024

ORDONNANCE

Nme JINNAH Pac. Khadija

175.00

DADAX CREATRISANTE 



Professeur D. COHEN
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
2, Rue Salim El Hachmi - Casablanca
el: 0322.22.43;�: 0922.28.8.00

شارع غاندي 54
الدار البيضاء 20210
54, Boulevard Ghandi
20210 Casablanca

⌚ +212 522 36 74 05
⌚ +212 522 94 07 70/74
⌚ +212 522 39 09 73
⌚ +212 522 36 05 34



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 KAHDIJA**

Sur ordonnance du : **Pr COHEN DAVID**

52, Bd Zerkouni
Tél. 0522225131 / fax 0522225000
Laboratoire de Pathologie
La 1.1.2012

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** Entrée **20/07/2021**
PAYANTS Sortie **20/07/2021**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PANSEMENT	1,00		100,00	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*

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	Entrée	26/07/2021
	PAYANTS	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

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CENT DIRHAMS	Total	100,00

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



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Cohen DAVID

Nom et Prénom du Patient

SANNAS khadja

Age

19 ans

Date du prélèvement

13/7/21

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Facon I : lipome de la loge hypopharyngale gauche

Facon 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

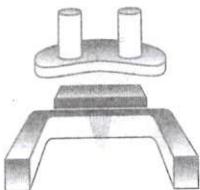
Endocol

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 14/07/21

Nom & Prénom : Mme SINNAS KAHDJA
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 lipocytique 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 lipocytique de 7 cm de grand axe, partiellement encapsulé.

Pas de malignité.

Dr L.LARAQUI