

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-633086

123671

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8735

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI Amin

Date de naissance :

9-7-1967

Adresse :

131 mellarache cir CASA 20210

Tél. : 26 61 32 21 84

Total des frais engagés : 1563,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

CLINIQUE DR. BENSOUDA

53 Bd Abdelkrim Al Khattabi
Casablanca - Tél. 022 94 08 64 / 65
Fax 022 94 13 62

Date de consultation :

06/07/2022

Nom et prénom du malade :

SLAOUI Amin

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gigantocéste. Redirection hémato-maire

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.

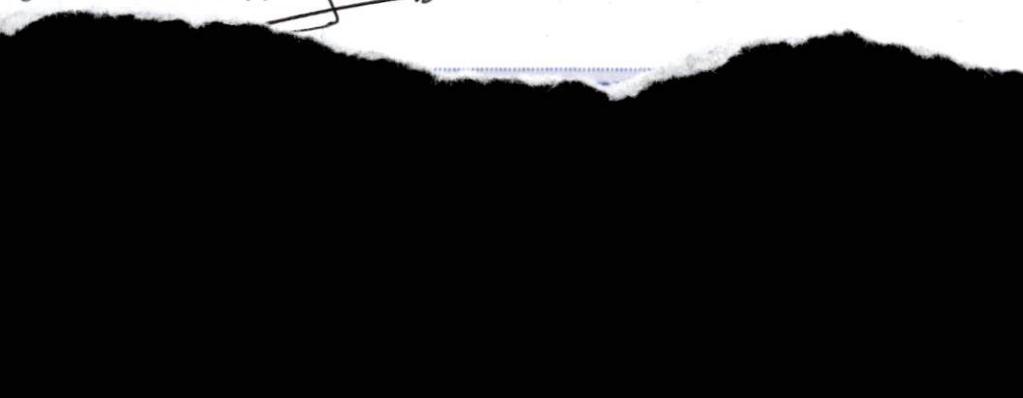
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASA

Le : 06/07/2022

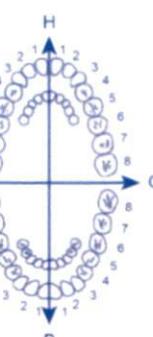
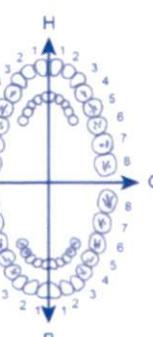
Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CACHET pharmacie dans le dossier ci contre		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CACHET Radiologie ci contre		Dans le dossier	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Treatment 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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000			00000000	D		B		35533411			11433553
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
00000000			00000000																					
D		B																						
35533411			11433553																					
		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																								

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/17/12	563,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. MISSOURY Yacoub CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARRIF 38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage App. 9 Maârif - Casablanca Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 81 Fax : 0522 98 74 20</p>	10/10/2012	1550	600

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Taleb BENSOUDA

Spécialiste en Chirurgie Plastique

Réparatrice et Esthétique

Diplômé de l'Université Catholique

de Rio de Janeiro - Brésil

Membre de l'Association des Anciens

Elèves du Professeur Ivo Pitanguy-AEAPI

Membre de la Société Américaine

des Chirurgiens Plasticiens ASPS

Membre de la Société Internationale de

Chirurgie Esthétique et Plastique ISAPS



06.07.22



Dr. Taleb BENSOUDA

PPU: 168,20 DH
LOT: 647867
PER: 08/23

168,20 1. Augmentin 1g
1 sachet x 21: (77)

171,70 2. Ciproxi 500
1cp x 21: (77)

3. Zanax 40

123,60 1 gellule 1; (77)

70,90 4. Profenid 100
1cp x 21: (77)

146,00 5. Aliprone 1g eff
1cp x 36: (77)

563,70

LOT: M3052
EXP: OCT 2025
PPU: 171,80 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bniou al aquam roch
INEXIUM

40 mg
Boite 14
64175DMP21NRC P.P.V: 123,600

6 118001 020607
PROFENID 100MG
CP PEL B30
P.P.V: 70DH90

LOT: 21E959
PER: 10/2025
PPV: 70DH90
6 118000 060802

PPV 14 DH 6 0
PER 06/24
LOT 14 055
A469

PPV 15 DH 8 0
PER 06/24
LOT K 1673
S 1

53, Bd. Abdelkrim El Khattabi

Casablanca - Maroc

Tél. : +(212)5 22.94.08.64/65

E-mail : contact@clinique-bensouda.com

Site Web : www.clinique-bensouda.com

CLINIQUE DR. BENSOUDA

53 Bd Abdelkrim Al Khattabi

Casablanca - Tél. 022 94 08 64 / 65

Fax 022 94 13 62

0661 1666 44



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr : T. BENSOUDA

Nom et prénom du patient : NEC SLOOUI NAWING

Age : 30/04/2001

Date de prélèvement : 06/07/2002

Renseignements cliniques et paracliniques : naeices

Siège du prélèvement : sein droit

Nature de l'acte réalisé : ablation chirurgicale

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui , rappeler la référence, SVP :

Pour F.CV 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

DT. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maârif - Casablanca
Tel: 0522 98 64 71 / 0522 23 81 10
Fax: 0522 98 74 82

Signature et Cachet

CLINIQUE DR. BENSOUDA

53 Bd. Abdellatif Al Khattabi
Casablanca Tel: 022 94 08 64/ 65
Fax: 022 94 13 82



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 : 06/07/2022
Date de réponse : 13/07/2022
Sexe : F
Age : 21 ans

N° d'examen : 22100607
Nom et Prénom : Mme SLAOUI NIVINE
Médecin traitant : Dr. BENSOUDA

Nature du prélèvement : Biopsie exérèse.

Renseignements cliniques : Naevus sein droit.

COMPTE RENDU

Biopsie exérèse cutanée mesurant 0,8x0,4cm, coupée en deux et incluse en totalité; montrant à l'examen microscopique un épiderme acanthosique, focalement atrophique, hyperorthokératosique. Le corps muqueux de Malpighi est régulier, siège de discrète altération vacuolaire de la basale, avec exocytose inflammatoire, hyperpigmentation, ni nécrose kératinocytaire. Le derme est fibreux collagénique dense, fait de trousseaux de collagène épaisse, dépourvus d'annexes cutanées, avec des cellules fibroblastiques remanié focalement par un infiltrat inflammatoire, lymphoplasmocytaire, histiocyttaire avec quelques cellules géantes, organisé en amas, sans véritable granulome tuberculoïde, ni prolifération naevocytaire.

La coloration au PAS ne met pas en évidence de spores ou de filaments mycéliens.

L'exérèse paraît saine.

CONCLUSION :

- Aspect histopathologique montrant une dermite chronique avec une fibrose intra dermique marqué faisant discuter soit une chéloïde, soit une fibrose réactionnelle ou un histiocytofibrome paucicellulaire.
- Absence de signes de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

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



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

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

Casablanca, le 06/07/2022

Nom & Prénom : SLAOUI NIVINE

N° d'examen : **22100607**

FACTURE N° FA22002657

Nature du prélèvement

Montant TTC

Biopsie exérèse.

600,00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

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 App. 9
Maârif - 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