

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.



Déclaration de Maladie

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 Melarache ci Casablanca 2020
 Tél. : 26 6122134 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 02

Cachet du médecin :

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 : gigantisme. Réduction hémo-
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
06/07/2022	C		400,00dh	CLINIQUE DR. BENSOUDA 53 Bd. Abdelkrim Al Khattabi Casablanca - Tél 022 94 08 64 / 65 Fax 022 94 13 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CACHET pharmacie dans le Dossier Cicotre		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CACHET RADIOLOGIE dans le dossier Cicotre			

AUXILIAIRES MEDICAUX

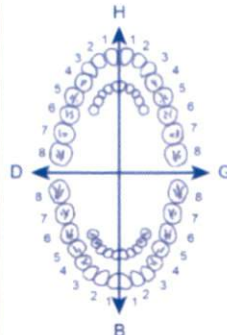
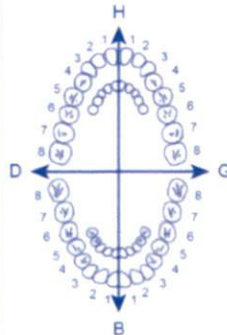
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 </div> </div> B [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

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/17/22	563,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/17/22	1550	600

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

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

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																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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-AEXPI
Membre de la Société Américaine
des Chirurgiens Plasticiens ASPS
Membre de la Société Internationale de
Chirurgie Esthétique et Plastique ISAPS



06.07.22

Mlle Nivine SLADOU

PPV: 168,20 DH
LOT: 647987
PER: 08/23

168,20 1. Augmentin 1g
1 sachet x 21

171,80 2. Ciproxine 500
1cp x 21

123,60 3. Zmaxium 40
1 gellule 1;

70,90 4. Profenid 100
1cp x 21;

146,00 x 2 5. Shipane 1g eff
1cp x 31

563,70

LOT: M0052
EXP: OCT 2025
PPV: 171,80 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier bnou al souam roch
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
64150MP/21NRO
P.P.V.: 123,60 DH
118001
020807

PROFENID 100MG
CP PEL B30
P.P.V.: 70DH90
LOT: 21E036
PER: 10/2024
6 118000 060802

PPV 14 DH 60
PER 16/24
LOT 16055
PPV 15 DH 80
PER 06/24
LOT K1673
S1

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 16 66 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 : M^{lle} SAOUDI NIVINE

Age : 30/04/2001

Date de prélèvement : 06/07/2022

Renseignements cliniques et paracliniques : naevus

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

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt 9
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 64 72

Signature et Cachet

CLINIQUE DR. B. NSOUDA

53 Bd. Abdelkrim AL Khattabi
Casablanca Tél. 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 épaissi, dépourvus d'annexes cutanés, avec des cellules fibroblastiques remanié focalement par un infiltrat inflammatoire, lymphoplasmocytaire, histiocytaire 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
Maarif - 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 Appt. 9
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 98 64 71 - 05 22 23 81 10
Fax : 05 22 98 74 28

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

38, شارع بنرأنزران، الطابق الخامس الشقة 9 المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / الفاكس : 05 22 98 74 28
38, Bd Bir Anzarane (Angle rue Morvan) - 5ème étage Appt 9 Maârif - Casablanca Tél. : 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28