

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° S19-0051910

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10354 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZIKIS ABDELLAH Date de naissance : 1962

Adresse : 213, Avenue 1 Mars 1956

Tél. : 0641342881 Total des frais engagés : 260 + 350 + 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Tuberculose / CPA

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 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 attestant le Paiement des Actes
10.07.23	C		300 dh	
06.02.23	C ³ 2		250 dh	
06.02.23	C ¹⁰		100 dh	

attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/2023	2500.00 D4

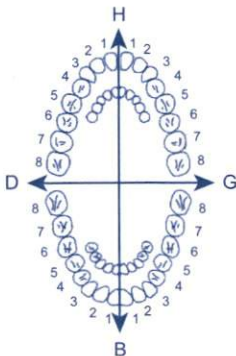
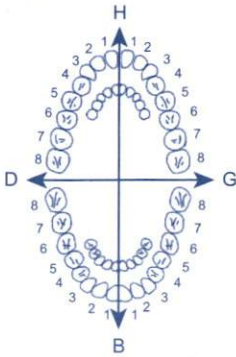
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

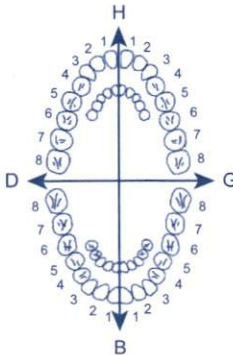
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Debut d'Execution
					Fin d'Execution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr

ORDONNANCE

Casablanca, le : 06/02/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Miloudi

prie M^r BENZKIS Abdellah

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour RACHA Anesthésie

s'élevant à la somme de 250.00 DHS

DR. Youssef MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zarhoun

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr.....

ORDONNANCE

Casablanca, le : 06/02/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Miloudi

prie M^r BENZIKES Abdelkhalil

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour C P A

s'élevant à la somme de 250.000 DHS

DR. Youssef MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zarhoun

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr _____

ORDONNANCE

Casablanca, le : 06/02/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur **CLINIQUE ZARHOUN**
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax: 05 22 27 80 75
prie M^r **BEIN EL KAS Abdelhak**

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires
pour **E C G**

s'élevant à la somme de **100.00** DHS

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax: 05 22 27 80 75

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr _____

ORDONNANCE

Casablanca, le : 10.07.2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur D^r HAMDANI
prie M^r BENZIKIS ABDELLAH.

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires
pour 3

s'élevant à la somme de 300. DHS

Docteur HAMDANI Fouad
Médecin Spécialiste
Gastro-Entérologie - Proctologie
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casa

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr.

ORDONNANCE

Casablanca le : 06/02/2023

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél : 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax : 05 22 27 80 75

Rem de ey put de M
BRENZIKIS ABDREH
s de 2500 g

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél : 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax : 05 22 27 80 75



Dr

ORDONNANCE

Casablanca, le : 06/02/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur HAMDANI

prie M^r BENZIKIS Abdelkader

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués

et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour

s'élevant à la somme de 1200.00 DHS

Docteur HAMDANI Fouad
Médecin Spécialiste
Gastroentérologie - Proctologie
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casa



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :
Docteur HAMDANI Fouad
Médecin Spécialiste
Gastro-Entérologie - Proctologie
Clinique Zammoun - Rue Zammoun - Casablanca

Nom et prénom : Benzi, K. Abdelhak MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 1967

Référence :

Siège et nature du prélèvement : pièce d'excise (Polypose)

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

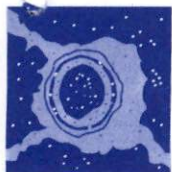
Renseignements cliniques et paracliniques : Excise au Bistouri

Électype d'un Polypose péristom
gauche

Radiographies :

Date : 6/2/23 Signature :

Docteur HAMDANI Fouad
Médecin Spécialiste
Gastro-Entérologie - Proctologie
Clinique Zammoun - Rue Zammoun - Casablanca



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 36258

CASABLANCA LE : 07/02/2023

Analyses effectuées le: 07/02/2023

Pour.....: **Mr. BENZIKIS ABDELLAH**

Sur prescription du: Dr HAMDANI FOUAD

Code.....: 23WZ1092



Organisme.....:

Montant Net : 500.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL
104, Bis Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila

104 مكرر، زاوية عبد المومن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 0522.99.37.86
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Email : laboratoire.ibnkhaloudoun@gmail.com

I.F : 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013

CLINIQUE ZERHOUN

Casablanca 06 FEVRIER 2023

MEDECIN TRAITANT : DR HAMDANI
MEDECIN ANESTESISTE : DR MILOUDI

FACTURE N°08102/2023

IDENTIFIANT COMMUN 001752560000002

NOMS : MR BENZIKIS
PRENOM : ABDELLAH

DATE D'ENTREE 06/02/2023
DATE DE SORTIE 06/02/2023

FORFAITS CLINIQUE

EXAMEN SOUS RACHI ANESTHESIE

PART CLINIQUE 1050.00DH

HONORAIRES MEDECINS

HONORAIRE DR HAMDANI 1200.00DH
HONORAIRES DR MILOUDI 250.00DH

TOTAL HONORAIRE 1450.00DH

TOTAL GENERAL 2500.00DH

DEUX MILLE CINQ CENT DH 00CTS.

LE MODE DE REGLEMENT PAR ESPECE

34 RUE ZARHOUN (EX REIMS) mers sultan Casablanca tel 0522268406
0522272711 fax 0522278075 IF40204930 RC60037 PATENTE 34303192

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex Rue des Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax : 05 22 27 80 75

COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE D'INTERVENTION : LE06 FEVRIER 2023

OPERATEUR :
REANIMATEUR

**: DR HAMDANI
DR MILOUDI**

NOM
PRENOM

**: MR BENZIKIS
ABDELLAH**

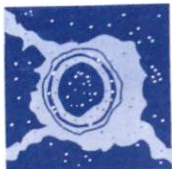
NATURE DE LA MALADIE

**: Examen sous rachi anesthésie+ Molluscum péri
anal (antécédents :opéré pour fistule anale)**

COMPTE RENDU

**: l'examen retrouve un anus souple avec cicatrice
d'intervention proctologique sans signe de récidence de
suppuration , exérèse de Molluscum au bistouri électrique
Hémostase ; pansement ; compressif.**


Dr. **HAMDANI Fouad**
Médecin Spécialiste
Gastro-Entérologie - Proctologie
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casa



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : BENZIKIS ABDELLAH

Docteur : HAMDANI FOUAD

Age : 56A ans

Date de réception : 07/02/2023

Organisme : 230207226

Code Patient : 23WZ1092

Organe : Pièce d'exérèse (Molluscum)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Exérèse au bistouri électrique d'un molluscum péréal gauche.

Reçu une formation polypoïde, partout recouverte d'un revêtement d'aspect cutané, mesurant 1,2x1cm avec une base d'implantation d'env. 0,4cm de grand axe, prélevée à part.

Histologiquement, il s'agit d'une lésion d'allure hyperplasique, mésenchymateuse, riche en fibres collagènes, enserrant ici et là quelques lobules graisseux, matures et parcourue de façon régulière, de vaisseaux à paroi, quelque peu épaisse. On y observe en foyers, quelques fibroblastes, sans atypie.

Cette lésion est partout tapissée en surface, par un revêtement épidermique, sans atypie. On note au niveau de la base d'implantation, quelques artérioles à paroi à peine épaisse ;

CONCLUSION : - Aspect histologique compatible avec un Molluscum pendulum.
 - Absence de malignité sur le matériel examiné.

Signé : Dr. A. LAKHMIRI BRITEL

LABORATOIRE DE PATHOLOGIES
IBN KHALDOUN
104, Bis Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT

ID:0006665698 Nom:

06-02-2023 08:23:31

ID:0006665698

06-02-2023 08:23:31

Homme ____ ans ____ cm ____ kg ____ / ____ mmHg

Ben Zi Kis Assellah

Calibre moyen:

FC : 77 BPM

Durée P : 88 ms

Interv. PR : 177 ms

Durée QRS : 115 ms

IntervQT/QTc : 386/437 ms

Axe P/QRS/T : -64/180/-62 °

Amp.RV5/SV1 : 0.941/1.318 mV

Amp.RV5+SV1 : 2.259 mV

Amp.RV6/SV2 : 0.690/2.124 mV

Code Minnesota:

8-6-3

5-2-1(II,aVF)

9-4-2(V4)

2-2-0

°

Information Diagnostic:

801: Rythme de sinus coronaire

621: T négatif(II,aVF)

306: Hypertrophie ventriculaire droite

316: SURCH de atrium gauche excessive

aVL

II

V1

V4

I

aVF

V2

V5

-aVR

III

V3

V6

Rapport révisé par:

0.67~100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV ♡77 SE-601C V1.2