

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19-

064515

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6298 Société : R.A.M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FEU SAID FASKANI
Date de naissance : 01.01.1955
Adresse : 21, Rue BAHAA ESSANFARI Rt de LAJADIDA
CASABLANCA
Tél. : 0679336205 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2023
Nom et prénom du malade : Mehdi FASKANI Age : 18
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pathologie dermatologique chronique
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 : Casablanca Le : 27/01/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
27/01/23		CS	C	

DR. MOUHAMED ZINE
Dermatologie Vénérologie
Chu Ibn Rochd Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA 240 El Braham Roudani Casablanca Tél: 05 22 99 57 46	27/01/23	64,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/01/23	Biochimie (K16)	150,00
	27/01/23	Biochimie (ANX)	117,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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 <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																
	[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



Hôpital sans Tabac

Fumer tue

Casablanca, le

27/01/2023

ORDONNANCE

Docteur :

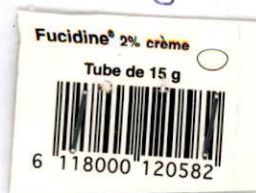
Nehdi FARNE

1) Betadine. 25,00

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
210, EL BIR EL MOUDJIB
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46

Désinfection de la lésion
du cuir chevelu et des têtes

2) Fucidine. crème 39,70



à appliq sur le cuir
chevelu

64,70

Molaison en fil
dans 10j

Dr. MOUHSSINE Zineb
Dermatologue-Vénérologue
CHU Ibn Rochd Casablanca

P DV dans 10j

le 10/02/2023

Dr. MOUHSSINE Zineb
Dermatologue-Vénérologue
CHU Ibn Rochd Casablanca

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation : MEHDI - FASKARI

Reçu de M :

La somme de : cent cinquante

0243058

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Biopie cutanée (K13)	
Total	150,00

le 27/01/23

Signature du
Régisseur et Cachet

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation : MEHDI - FASKARI

Reçu de M :

La somme de : cent dix sept

0243059

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Biopie (ANAD)	
Total	117,00

le 27/01/23

Signature du
Régisseur et Cachet



IBN ROCHD
Casablanca

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



vu le : 27/01/2023
SDX le : 27/01/2023

BILLET D'EXAMEN

Date : 20/01/2023

Prénoms - Nom du malade : Mehdi Faskar

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
243058 opie (K 15)	cutané

RSV le 27/01/2023
au 128 (Bloc)
à 10h30

Le médecin traitant

Dr. RACHADI Harane
Professeur assistant
Service de dermatologie
Hôpital Ibn Rochd
INPE: 141 218834

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

LABORATOIRE CENTRAL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Centre Hospitalier et Universitaire Ibn Rochd - Casablanca

Téléphone : 05 22 48 20 20 poste 242

anatomie.pathologique@chucasa.ma

Pr. M. Karkouri (Chef-de-service)

Pr. F. Marnissi

Pr. N. Bennani Guebessi

Pr. S. Benayad

Dr. M. Regragui

Dr. A. Mazti

Dr. A. El Kebir

Nom du patient : Mr FASKANI MEHDI

Age : 18 ans Sexe : M

Médecin - traitant : Dr. MOUHSINE

Examen N° : F23011346

Date de réception : 30/01/2023

Service : CONSULTATION
DERMATOLOGIQUE (P28D)**ORGANE :**

PEAU

Renseignements cliniques :

ATCD: RAS, présente depuis 4 ans par une lésion neavique au niveau du cuir chevelu : lésions neaviques? Lésion nodulaire du 4ème doigt de la main gauche : verrue? fibrome? ..

EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE

1- Cuir chevelu: exérèse de 7mm de diamètre d'une lésion cutanée.

L'examen histologique correspond à une prolifération mélanocytaire dermique symétrique, agencée en thèques avec maturation profonde.

2- Doigt: exérèse de 7x3mm d'une lésion cutanée nodulaire. Elle est couverte d'un épiderme de type acral hyperplasique d'architecture conservée avec une hyperkératose orthokératosique et parakératosique au centre. Le derme comporte des faisceaux collagéniques épaissis avec des vaisseaux ectasiques à paroi fine.

CONCLUSION:

1- Naevus dermique bénin.

2- Angiofibrome acral sans Signes de malignité.

Compte-rendu signé électroniquement par :**Dr. Farida MARNISSI**