

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>AI</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>20.55</u>	Société : <u>ANB 136</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>1952</u>
Nom & Prénom : <u>El Bazi Oain</u>			
Date de naissance : <u>17.03.1952</u>			
Adresse : <u>Rouia D' AÏT SEUR - Route Datta Casablanca</u>			
Tél. : <u>066 1167593</u> Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin : <u>Dr BENLYAZID EL HASSANI Adil</u> <u>Oto-Rhino-Laryngologie</u> <u>Chirurgie Cancérologie de la Face et le cou</u> <u>119, Bd Abdelmoumen, Casablanca</u> <u>ICE : 0019-833300002 - IF: 14477065</u> <u>INPE : 09115952</u>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>26/10/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Regina Faria Soane DAFINA</u> Age : <u>68</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Abcès à RL</u>			
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 20/11/2013 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Regina Faria Soane DAFINA

#### **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
26/05/2015	Conseil	1	300,00	INP : 091163091
26/05/2015	Biopsie endoscopique	1	100,00	Dr. BENLYAZID EL HASSAN Adil Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie Cancérologie de la Face et le cou

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

PF 100-9052

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.05.2023	125,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);"><i>MISSOURY RET</i></p> <p><i>DE PARIS MOGIC DU MAROC</i></p> <p><i>Bir Anzarane Sidi El Maghrib Casablanca</i></p> <p><i>Marrakech - Casablanca 23 Bt 10</i></p> <p><i>98 64 71 - 0522 23 81 10</i></p> <p><i>98 64 74 28</i></p> <p><i>0522 98 74 28</i></p>	26/05/23	Puro	50,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

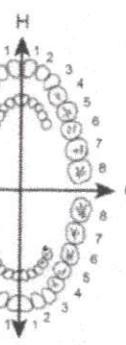
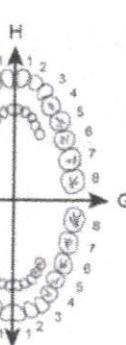
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins <input type="text"/>															
			Date du devis <input type="text"/>															
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأذن، الأنف والحنجرة  
اختصاصي في جراحة السرطان  
جراحة أعضاء الوجه والعنق  
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

Casablanca, le ..... 26/05/2023

## MME SOARES DASILVA REGINA MARIA

53,-D

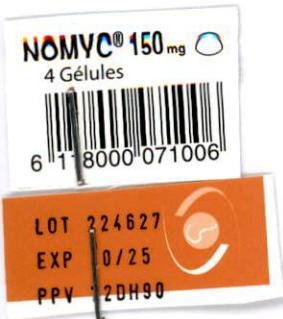
- Daktarin Gel Buccal  
1 mesure 3 fois par jour pendant 10 jours

72,99

- Nomyc 150 mg  
1 gélule en prise unique 1 fois par semaine pendant 4 semaines



$$T = 125,90$$



Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil  
Oto Rhinolaryngologie  
Chirurgie Cancérologie de la Face et le col  
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
ICE : 00191833300002 / IF : 14477065  
INPE : 091169052

Maphar  
Bd Alkilia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal 140g  
P.P.V : 53,00 DH



*Dr. Adil Benlyazid*

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



**د. عادل بن اليزيد**

اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأذن، الأنف و الحنجرة  
اختصاصي في جراحة السرطان  
جراحة أعضاء الوجه و العنق  
رئيس سابق في كلية الطب (ببور فرنسا)

**23192605**

Casablanca, le .....  
26/05/2023

**SOARES DASILVA  
REGINA MARIA**

**MME SOARES DASILVA REGINA MARIA**

Faire pratiquer un examen anatomopathologique sur biopsie

**Dr. MISSOURY Réda**  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appart. 9  
Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 01 10  
Fax : 0522 98 74 70

**Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil**  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cancérologie de la Face et le cou  
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
ICE : 001918333000002 / IF : 14477065  
INPE : 091169052

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأذن، الأنف و الحنجرة  
اختصاصي في جراحة السرطان  
جراحة أعضاء الوجه و العنق  
رئيس سابق في كلية الطب (ببور فرنسا)

Casablanca, le ..... 26/05/2023

## Facture

MME SOARES DASILVA REGINA MARIA

Acte	QTE	Honoraire
Consultation spécialisée (C2)	1	300,00 Dh
Biopsie ou ponction	1	400,00 Dh
<b>Total</b>		<b>700,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
sept cents dirham(s)

Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cancerologique de la Face et le cou  
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
ICE : 001918333000002 - IF: 14477065  
INPE : 091169052



# 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 26/05/2023

Nom & Prénom : SOARES DASILVA REGINA MARIA

N° d'examen : **23192605**

## FACTURE N° FA23002737

### Nature du prélèvement

### Montant TTC

Biopsie linguale.

500,00 Dhs

Mode de règlement : TPE

**Arrêtée la présente facture à la somme de Cinq cents Dirhams**

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

**Dr. MISSOURY Réda**  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème étage 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

Date de réception : 26/05/2023 N° d'examen : 23192605  
Date de réponse : 31/05/2023 Nom et Prénom : SOARES DASILVA  
Sexe : F REGINA MARIA  
Âge : 67 ans Médecin traitant : Dr. BENLYAZID

**Nature du prélèvement :** Biopsie linguale.

**Renseignements cliniques :** Biopsie linguale.

## COMPTE RENDU

Biopsie mesurant 0,5x0,4cm, coupée en deux et incluse en totalité.

Histologiquement, les plans de coupes réalisés montrent un prélèvement superficiel d'une muqueuse malpighienne hyperplasique bien différenciée dont le revêtement de surface est acanthosique hyperkératosique sans atypies visibles. Le chorion est fibreux et discrètement congestif sans signes d'invasion.

### **CONCLUSION :**

- Aspect histologique d'une lésion leucoplásique, avec hyperkératosique, sans signes de dysplasie.

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 29