

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0032440

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103 Société : R.A.M. ND 813  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SE NOUSSI MAMOUN  
 Date de naissance : 18/02/1944  
 Adresse : 6, Rue Kergomard, Ain Dial  
 0661411630 695 1106 20 700  
 Tél : 0661282420 Total des frais engagés : 658 + 1052 + 700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14/10/2023  
 Nom et prénom du malade : SE NOUSSI MAMOUN Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Une lésion  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 21/11/2023

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 attestant le Paiement des Actes
14/10/23	C	2		
25/10/23	C	2		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.10.2023	625,10
	25.10.2023	406,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/10/23	P636	700,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

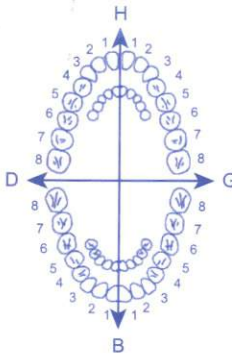
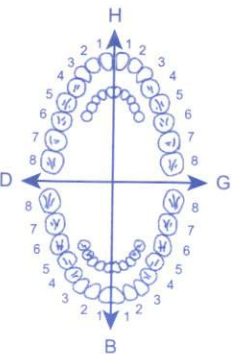
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE  
 NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
 CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE  
 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
 CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE  
 CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR: LEMSEFFER

CASABLANCA Le: 17.10.2023

SENOUSSI MAMOUNE

14.10.2023

Cheux - 10

27.50

Spasfon

14.00 x 3

Doliprane

132.00

NOVEX 4

PHARMACIE BAB ESSALAM  
 PHARMACIE BAB ESSALAM  
 PHARMACIE BAB ESSALAM

URGENCES 24/24

35, Rue EL ALLOUSSI, Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca- Tel: 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81/82/83/84 - Fax: 05 22 49 23 86

R.C N° 76809 - TVA N° 817425 - CNSS N° 2571538 - CAPITAL : 6.267.000,00 DH - I.F : 1002301 - I.C.E : 001529932000062



PPV: 14DH00

DPV: 14DH00  
ER: 08/26  
DT: M2722



6 118000 040972

**Doliprane® 1000 mg**  
Paracétamol  
10 Comprimés sécables

PPV:14DH00  
PER:06/26  
LOT:M2291

**cliprane® 1000 mg**  
acetamol

Novex®

4000 UI anti-Xa/0,4 ml  
2 seringues pré-remplies de solution inject  
SMA N° 72/2020/DMR/21/MS/0000

5118000 021896

2 2 2 7 7 2 7  
0 8 2 0 2 4  
1 3 2, 0 0 0 1

6118000330226

**Spasfon®**  
30 comprimés enrobés

05'48

41DH20

230608/1  
05/2025

00811, 9

**Cerox**  
Boîte de

PPV:  
Lot n°:

Lot n°:

141DH20

230603/  
05/2025

**Cerox**



230608/2  
05/2025

PPV:  
Lot n°:  
EXP:

**Ceroxim 500mg**  
Boîte de 10 comprimés  
1412H20

**Cerox**





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laila Laraoui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. LEMSEFFER  
Nom et Prénom du Patient SENOUSS MAMOUNE  
Age 79 ans  
Date du prélèvement 17.10.2023  
Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☒ Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

### Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

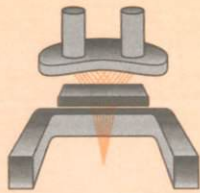
- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 20/10/23

Nom & Prénom : Mr SENOUSI MAMOUNE  
Sur ordonnance du : Dr LEMSEFFER M.  
Réf. : 23H10483

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 17/10/23  
Organe ou siège du prélèvement : Vessie  
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 79 ans  
RTUV Second look

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Reçu plusieurs fragments biopsiques, mesurant entre 0,1 et 0,6 cm, inclus en totalité.

Ils ont porté sur des copeaux de muqueuse vésicale à urothélium exulcéré par endroits, dépourvu d'atypies cyto-nucléaires, en regard d'un chorion séro-oedémateux et congestif, parsemé de nombreux éléments inflammatoires composés de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles, traversé par des capillaires turgescents et congestifs ; la musculaire muqueuse et le muscle vésical sont anomalies.

Par ailleurs, il n'est pas observé de granulome tuberculoïde.

Une étude immunohistochimique réalisée à l'anticorps anti-pancytokératine **AE1/AE3** est négative, ne montrant pas de processus néoplasique résiduel.

Conclusion : Muqueuse vésicale oedémato-inflammatoire subaiguë exulcérée.

Absence de spécificité.

Absence de signe de métaplasie ou de dysplasie.

Absence d'indice de malignité.

Dr. L. LARAQUI

Dr. L. LARAQUI  
ANATOMO - PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34  
Fax: 0522 22 50 90



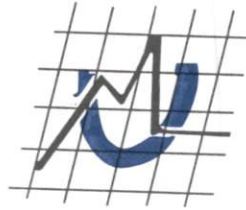
Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Urinaires  
Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle  
Stérilité Masculine

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier  
Ancien Chef de Clinique Urologique  
à la Faculté de Médecine de Montpellier  
Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية  
زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 25 OCT 2023 : الدار البيضاء في

N° SNOUSSEI Name

147.60x2

Flotral:

111.00 Lpho

Leffox 500



1 c

ap dur (3 mois)

1 c (7.1)

PHARMACIE BAB ESSALAM

(Easty SARL)

Moujennane Amal

Docteur en pharmacie

27 Rue de l'Atlas - Bab Salam, Casablanca

Tel: 05.22.94.15.14

2

Dr. M'hamed LEMSEFFER  
Chirurgien Urologue  
24 Rue El Alloussi - Bourgogne - CASI  
Tél: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بوركون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 64 83 / 05 22 27 41 17 - الفاكس : 05 22 20 96 63

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

FLOTAL® 10 mg  
30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale

PPV: 147 DH 60



Leftox PHARMA 5® 500 mg  
Boîte de 7 comprimés  
réticulés

LOT : 3897  
PER : 10-25  
P.P.V : 111 DH 00

ANM - 463160472, M

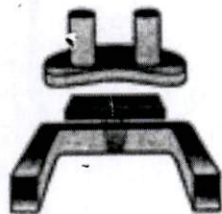
FLOTAL® 10 mg  
30 comprimés à

PPV: 147 DH 60



1500150015001500





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 21/10/2023

**FACTURE N° : 23/10777**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

**700,00 Dhs**

**SEPT CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **17/10/2023**

Pour **SENOUSSI MAMOUNE**

Sur ordonnance du : **Dr LEMSEFFER M.**

Laboratoire de Pathologie  
du Centre  
52, Boulevard Zerktouni - Casablanca  
Tél: 0522 22 51 31/34  
Fax: 0522 22 50 90