

## 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.

### 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 caractères personnels.

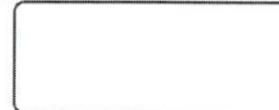
N° W19-493522

DOS N°  
10926

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4819	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENJELLOUP AKHAYA SAAD			
Date de naissance : 01/04/54			
Adresse : 1, Avenue ALLAL Ben Abdellah RABAT			
Tél. : 0678025601	Total des frais engagés : 700,00 DH Dhs		

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENJELLOUP AKHAYA SAAD Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

04 DEC. 2019

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) :



## **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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIographies**

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

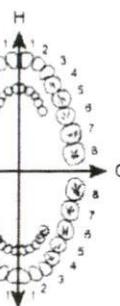
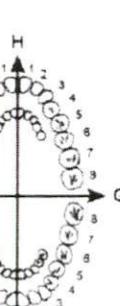
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]								
												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												
				MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

Dr. Fouad KETTANI  
Pr. agrégé en anatomie pathologique

Dr. Asmae BENZEKRI  
Diplômée en anatomie et cytologie

Dr. Merieme GHAOUTI  
Diplômée en anatomie et cytologie

Nom et Prénom du Malade : Benjelloun Saad Age : 55 ans

De la part du Docteur : LAAOUA

Date du Prélèvement : 15/11/19

Date d'envoi : 15/11/19

Siège et nature du Prélèvement : Face int de l'œil H

RENSEIGNEMENT CLINIQUES ET PARA-CLINIQUES

desm face int à l'œil H

Elevé

1 fil ext  
et fils pup

LAAOUA

REF Antérieure :

Fixation :

Nota : La fixation des pièces biopsiques doit être effectuée dans du formol tamponné :

**CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
NATIONS UNIES**

**F A C T U R E**

Numéro : 919005830 du 15/11/2019

Date demande 15/11/2019

Nom patient : BENJELLOUN DAKHAMA SAAD

Médecin : DR. LAALOU ALAOUI LAILA

19K15-053-01

PAYANT

EXERESE

Cotation : P0636

Montant facture

700,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
SEPT CENTS DIRHAMS

TEI 0537-67-28-96 Fax 0537-67-05-44 Angle Av. des Nations Unies / Rue Ibn Hanbal Agdal Rabat  
anapath.nation.unies@gmail.com Patente 25740511 CNSS 73937631F 3335312 ICE : 001699123000023

Centre d'Anatomie Pathologique  
Nations Unies  
Angle Avenue des Nations Unies  
et Rue Ibn Hanbal Agdal - Rabat  
Tél: 0537-67-28-96  
Fax: 0537-67-05-44



**Dr. Fouad KETTANI**

Pr. agrégé en anatomie pathologique  
E-mail : fouadket2@gmail.com

**Dr. Asmae BENZEKRI**

Diplômée en anatomie et cytologie pathologiques de l'université libre de Bruxelles et de l'université René Descartes - Paris 5  
Diplômée en cytogénétique moléculaire de l'université René Descartes - Paris 5  
Ancienne assistante hospitalo-universitaire de l'hôpital Beaujon à Paris (Ap-Hp)  
Ancienne attachée de l'Institut Gustave Roussy  
Diplômée de colposcopie  
E-mail : asmaebenzekri@hotmail.com

**Dr. Merieme GHAOUTI**

Diplômée en anatomie et cytologie pathologiques de l'université de Fès  
Ancienne interne des CHU de Rouen et de Bordeaux  
Diplômée en pathologie moléculaire de l'université de Nice-Sophia Antipolis  
E-mail : merighaouti@gmail.com

NOM & PRÉNOM	:	BENJELLOUN DAKHAMA SAAD
DOCTEUR	:	LAALOU ALAOUI LAILA
CODE PATIENT	:	19K15-053
DATE	:	20/11/2019
AGE	:	65 ans
N/REF	:	191115786

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Lésion de la face interne de l'œil droit.

**COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE**

**BIOPSIE EXERESE**

Cette pièce d'exérèse, parvenue orientée, mesure 7x6x2mm.

Elle est centrée par une lésion ulcérée brunâtre mal délimitée de 5x4mm.

Elle passera moins de 1mm de la limite supérieure, moins de 1mm de la limite interne, 2mm de la limite externe et 2mm de la limite inférieure.

L'examen histologique montre une formation tumorale de nature carcinomateuse.

Celle-ci, partiellement ulcérée en surface, se caractérise par une architecture nodulaire. Elle est faite de cellules basaloïdes groupées en amas compacts, parfois rétractés et souvent sertis par une assise palissadique périphérique.

Le stroma est légèrement inflammatoire.

Cette tumeur passe au contact de la limite profonde.

**/CONCLUSION/**

Carcinome basocellulaire (variante nodulaire) dont les limites d'exérèse sont insuffisantes.

Dr. Fouad KETTANI  
Centre d'Anatomie Pathologique  
Nations Unies  
Angle Avenue des Nations Unies  
et Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél. : 05 37 67 28 96 - 05 37 67 39 98