

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

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

Nº P19- 0039869

Dos n°

10925

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN JELLOUN DAKHANA SAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-039869

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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
Nº P19- 0039863

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4819** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **BENJELLOUN DAK HAFIA SAAD**

Date de naissance : **21/04/54**

Adresse :

Tél. : **0678025601**

Total des frais engagés : 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 :

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 : **04/11/19**

Signature de l'adhérent(e) :

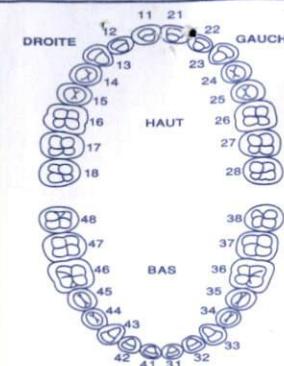
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

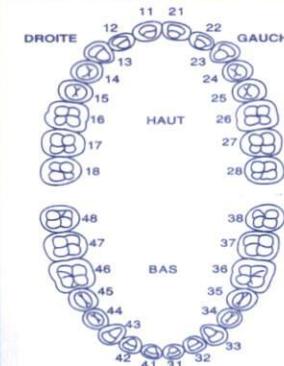
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

		H
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 17 / 0041600



Mme

Cachet MUPRAS

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 4819

Nom & Prénom

BEPTELGEVE DAKHAMA SAAD

Signature de
l'adhérent

Fonction

RETRAITÉ

Phones. 0678095601

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature et
cachet du
médecin

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 27/01/99

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

R 617118

3000 FADOUA
Anatomopathologique



CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

REDEVANCE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
22 juill. 9		2	DR. LA CHAUSSE 1500 CLINIQUE DU VILLAGE 1000 Sous le nom de Dr. BAHAMAD Casablanca	INP. C. 1000

ÉDITION DES ORDONNANCES

ANALYSES-BIOMOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

ANNEXES MÉDICAUX

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

BONIS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					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. PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00500000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	35533411	00500000 11433553	G			B		
H	25533412 00000000	21433552 00000000															
D	35533411	00500000 11433553															
G																	
B																	
					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"/>												

MISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مختبر التشريح المرضي شارع كلمية

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° 8617.11.19

Nom et Prénom : Benjelloun DAKHIMA

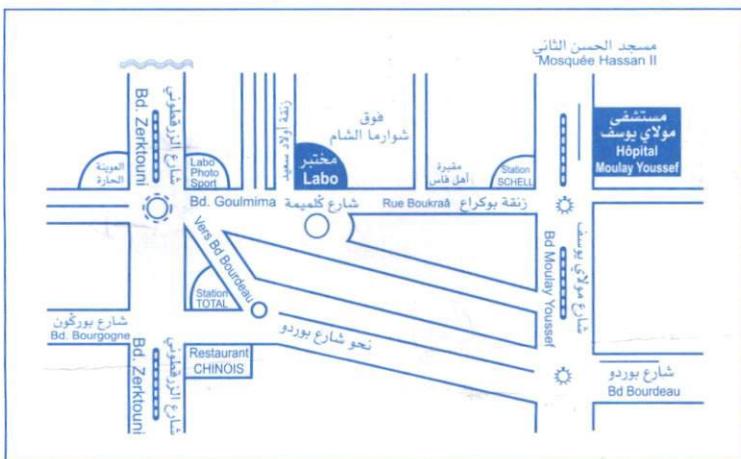
Montant : 300 DA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 827 DA

Casablanca, le 27.11.19



يكنكم الإتصال بنا هاتفياً لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



إقامة حنان جاسم 1، زاوية شارع كلمية - زنقة بوكراع - بورگون - الدار البيضاء
 فوق شاورما الشام - 250 م من مستشفى مولاي يوسف 300 م من مسجد الحسن الثاني
 قرب محطة الحافلات 60 - 10 - 14 - 43 - 56 - 67 - 35 - 35 - الهاتف : 06 14 88 11 88 / 05 22 26 35 35



مختبر التشريح المرضي شارع كلمية

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua El Mansouri

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

P6141119

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : BENJELLOUN DAKHTA M

Médecin prescripteur :

Age : 1954 Date du prélèvement : 22/11/2019

Renseignements cliniques et para cliniques :

Reprise d'un carcinome baso cellulaire
cervical interne droit dont l'énergie initiale
était incomplète.

Reprise à 2mm au bistour

Siège et nature du prélèvement :
et jusqu'en plan musculaire
en profondeur.

2 fils longs imp
1 fil court

Examen cytopathologique :

FCV Vagin Exocol Endocol Endomètre

Date des derniers règles :

Parité :

Traitements en cours :

Signature et Cachet du Médecin

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporané - Immunohistochimie - Biologie moléculaire

744, Résidence Hanane Jassim 1, Angle Bd Goulmima et rue Boukraa - 5ème Etage - Bourgogne Casablanca
(au dessus de chawarma cham à 250 m de l'Hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassah)

Tél./ Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr



مختبر التشريح المرضي شارع كلمية

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua EL MANSOURI

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

Réf .P6171119

Reçu le 23.11.19 Répondu le 27.11.19

Nom et prénom : Benjelloun Dakhama

Médecin : Dr Chabbak

Age : 65 ans

Adresse : Casablanca

Résumé des renseignements cliniques : Reprise d'un carcinome baso-cellulaire canthal interne droit dont l'exérèse initiale était incomplète + Reprise à 2mm en latéral et jusqu'au plan musculaire en profondeur.

L'examen macroscopique

Il est parvenu une biopsie exérèse cutanée orientée par des fils et un schéma. Elle mesure 1x0.3cm centré par un foyer hémorragique de 3mm indure. Il reste à 1mm de la limite la plus proche (externe). Inclusion totale.

L'examen microscopique

Il s'agit d'un tissu cutané et sous cutané siège d'une part de suffusion hémorragique et d'un infiltrat inflammatoire polymorphe modéré avec une discrète réaction macrophagique de type résorptif d'autre part d'un résidu carcinomateux formé de lobules. Les cellules sont polygonales à noyau ovoïde anisocaryote modérée.

Les limites d'exérèse latérales et profonde ne sont pas tumorales.

CONCLUSION

-Présence de résidu carcinomateux microscopique du carcinome baso-cellulaire déjà diagnostiqué.

-La tumeur résiduelle mesure 3mm de grand axe.

-Les limites d'exérèse latérales et profonde passent en tissu sain.



Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporané - Immunohisto chimie - Biologie moléculaire

744, Résidence Hanane Jassim 1, Angle Bd Goulmima et rue Boukraa - 5ème Etage - Bourgogne - Casablanca
(au dessus de chawarma cham à 250 m de l'Hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II)

Tél./ Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr