

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

- Reclamation : 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.

N° W19-497394

N°D: 1219 ~

CA

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10247

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Céline Hind

Date de naissance :

01-10-74

Adresse :

18, Lafo KANIA Aïn SEBBAB

CASAB

Tél. 066 129 7821

Total des frais engagés : Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/10/2019

Age :

Nom et prénom du malade :

11 DEC 2019

Joint

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

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) :



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		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

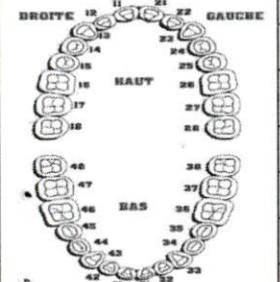
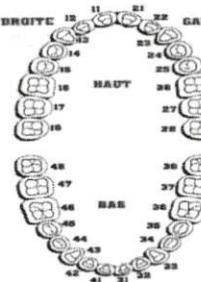
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS 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"/>															
ODF PROTHESSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D		00000000	00000000	G		00000000	00000000	B		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D		00000000	00000000															
	G		00000000	00000000															
	B		35533411	11433553															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.																		

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 canalaire, 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									
														
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 50%;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique nécessaire à la profession</p>			D	H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
D	H													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												
VOLET ADHERENT NOM : _____		Mle												
DECLARATION N° W18-345112														
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														



W18-345112

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT **Mle**

Nom & Prénom **G. Zi Ri HIND**

Fonction **chief de gyn** | Phones **066 129 78 21**

Mail **Habzine G.royalairmaroc.com**

MEDECIN Prénom du patient _____

Adhérent Conjoint Enfant Age _____

Date **24/09/2019**

Date 1ère visite

Nature de la maladie

A bds dr fel Soumier

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

Nature des actes

Abord des sen

Nbre de Coefficient

voi bouture

Montant détaillé des honoraires

3315,00 DH

PHARMACIE

Date _____

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date **24/09/19**

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

600 DH

24/09/19

350 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date _____

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Honoraires



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : SIBAT S.

Nom et prénom : GRIBAJ Hinea Mr Mme Mlle ENF

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : PMATON postnatale

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Abus de ferme
hors le post - partum,
infection de l'utérus
 \Rightarrow Prélèvement de Tissu
par EX - Am - mél

Radiographies :

Date :

24/09/19

Signature :

DR SIBAT SOUMAYA
Spécialiste En Gynécologie
Obstétrique
205 route 2 Mars - Casablanca
Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

de dimanche

les 26 et 27 a venir

Dr. SIBAT Soummaya

Spécialiste En Gynécologie

Obstétrique

205, Angle 2 Mars - Bd. Hassan II

1er Etg Casablanca Tél : 05 22 50 66 66

Dr. SIBAI Soummaya

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Nancy
Spécialiste
en Gynécologie - Obstétrique
Stérilité du Couple
Maladie des seins - Echographie
Tél. : 05 22 50 66 66

الدكتورة سمية السباعي

خريجة كلية الطب ببنانسي

اختصاصية في أمراض النساء
والولادة

عقم الزوجين

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

الهاتف: 05 22 50 66 66

Casablanca, le 10/12/13.....

Je formule à M'SIBAI certificat de
que M'SIBAI M'hamed a présenté un
Abus de force. droit dans
le 25/10/14 , dans le
le post-partum , au moment
au mariage sans Anesthésie
générale , avec des lésions dans
le post-opératoire , et
examens . Bonne santé du patient



ORDONNANCE

Dr:

SFBAI

Date : 24/09/19

Nom et Prénom du patient :

GIZIRI HIND.

Age :

Abès du sein dans le post-
partum

Prélèvement à la bactéries
BK,
(Tuber culm?)

Dr. SFBAI SUDHA
Spécialiste en Gynécologie
et Obstétrique
205, Avenue 2 Mars
1er Flr Casablanca Tél. 05 22 99 444
Signature :
GIZIRI HIND

ORDONNANCE

Dr:

Date : 24/09/19

SIBAJ

Nom et Prénom du patient :

C



24/09/2019

91241326

GZIRI HIND Né(e):01/10/1974

Dr. SIBAI SOUMMAYA

Abesèz du sein . dans le prot -
porteur

Prélèvement Bactériologique

Dr. SIBAI SOUMMAYA
Spécialiste En Gynécologie
Obstétrique
203, Angle 2ème et 3ème Panoramique
1er Etg Casablanca Tel: 05 22 50 66 66
Signature

D' SIBAJ

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 2401 / 2019 du 24/09/2019

Nom patient : **GZIRI HIND**

Entrée 24/09/2019

Prise en charge **PAYANTS**

Sortie 24/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
FORFAIT	1,00		3 315,00	3 315,00
			Sous-Total	3 315,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE TROIS CENT QUINZE DIRHAMS

Total 3 315,00

Immatriculation

N° prise en charge :

AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca Tel: 0522.999.444

Recu par chèque
N° 34754061 Date 24/09/2019
Casablanca Tel: 0522.999.444

Notre compte bancaire.....

Pte N°34754061 - Compte N°013780010950019290017148 BMCI HASSAN 2
CNSS 4233739 I.F 15223795 Tél: 0522 999 444 Fax: 0522 254 613 ICE001598208000095

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 356 15070 IF 40530070

F A C T U R E

N° : 1909241747
Du : 24/09/2019

Nom patient : Mme GZIRI HIND

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
KYSTECTOMIE	545	600,00
Total		600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DIRHAMS

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, bd Ain Taoujtate N° 18 - 2ème étage
Bourgogne - Casablanca
Tél : 022278548 Fax : 022278564



مختبر التحاليل الطبية بدر

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BADR

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie, Mycologie, Bactériologie, Virologie.
Certificat de biologie cellulaire et moléculaire • Certificat de Biologie de la reproduction

Dr Abdelkrim BENKIRANE

- Pharmacien Biologiste
- Diplômé de la faculté de PARIS
- Ancien interne et assistant des hôpitaux de PARIS.

Madame GZIRI HIND

Monsieur SIBAI
Réf. : 1911308

Dossier ouvert le : 24/09/19

Prélèvement effectué à 17:48

Page : 2

- Edition du : 11/12/19

ANTIBIOGRAMME

Nature du germe : *Staphylococcus aureus*

Origine du prélèvement : PUS

PENICILLINES

Amoxicilline	Sensible	Amoxil, Clamox, A -Gram, Hiconcil ...
Amoxi + Ac.clavulanique	Sensible	Augmentin
Oxacilline	Sensible	Bristopen, Staphymycine

AMINOSIDES

Netilmicine	Sensible	Netromicine
Kanamycine	Sensible	Kamycine
Gentamicine	Sensible	Gentalline
Tobramycine	Sensible	Nebcine

QUINOLONES

Ciprofloxacine	Sensible	Ciproxine, Ciflox
----------------	----------	-------------------

MACROLIDES

Erythromycine	Sensible	Ery, Erythrocine, Propiocine ...
Pristinamycine	Sensible	Pyostacine
Lincomycine	Sensible	Lincocine, Clomicine ...

SULFAMIDES

Triméthoprime + Sulfamide	Sensible	Bactrim
---------------------------	----------	---------

STEROÏDIQUES

Acide fusidique	Résistant	Fucidine
-----------------	-----------	----------

RIFAMYCINES

Rifampicine	Sensible	Rifadine, Rimactan
-------------	----------	--------------------

AUTRES

Vancomycine	Sensible	Vancoline
-------------	----------	-----------



مختبر التحاليل الطبية بدر

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BADR

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie, Mycologie, Bactériologie, Virologie.
Certificat de biologie cellulaire et moléculaire • Certificat de Biologie de la reproduction

Dr Abdelkrim BENKIRANE

- Pharmacien Biologiste
- Diplômé de la faculté de PARIS
- Ancien interne et assistant des hôpitaux de PARIS.

Madame GZIRI HIND

Monsieur SIBAI

Réf. : 19I1308

Dossier ouvert le : 24/09/19

Prélèvement effectué à 17:48

Page : 1

- Edition du : 11/12/19

BACTERIOLOGIE

PRELEVEMENT DE PUS

PRELEVEMENT : Abcès du sein.

ASPECT : Purulent.

EXAMEN CYTOLOGIQUE

LEUCOCYTES : Très nombreux.
HEMATIES : Nombreuses.
CELLULES EPITHELIALES : Absence.
FLORE MICROBIENNE : Nombreux cocci.

EXAMEN DIRECT (après color. de gram) : Cocci gram(+).

EXAMEN APRES CULTURES

SUR MILIEUX USUELS : Isolement et identification de nombreuses colonies de Staphylococcus aureus.
SUR MILIEUX SPECIAUX : Isolement et identification de nombreuses colonies de Staphylococcus aureus.
SUR MILIEU DE SABOURAUD : Absence de levures pathogènes.

RECHERCHE DE MYCOBACTERIES ET CULTURE

NATURE DU PRELEVEMENT : Abcès du sein.

EFFECTUE LE : 24/09/2019

RECHERCHE APRES DECONTAMINATION ET COLORATION DE ZIEHL

Absence de bacilles acido-alcoololo-résistants.

CULTURE SUR MILIEU DE LÖWENSTEIN

Stérile.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BADR

Dr Abdelkrim BENKIRANE

***Pharmacien Biologiste Diplômé de la faculté de PARIS * Ancien interne
et assistant des hôpitaux de PARIS.**

Diplôme d'études Spécialisées de la Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie, Mycologie, Bactériologie, Virologie.

* Certificat de la biologie cellulaire et moléculaire * Certificat de la Biologie de la reproduction.

Résidence Yanis n° 17 rue Abou Al Abbas RDC Casablanca. Tél: 022430368/70 Fax: 022260101

ICE 001772365000028./Patente N°35601641/ IF 40503026/ CNSS 6448345/

INPE 093000453

Casablanca le mardi 24 septembre 201 Madame GZIRI HIND

FACTURE N°	79240
------------	-------

Analyses :

Prélèvement de pus -----	B	160
Recherche des B.K. + Culture -----	B	100

TOTAL DOSSIER	350,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Cinquante Dirhams

Dr Abdelkrim BENKIRANE
Résidence Yanis n° 17 rue Abou Al Abbas RDC Casablanca
1er étage Bourgogne - Casablanca
Tél: 022430368/70 Fax: 022260101



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme GZIRI HIND

Age : 45 ans

Prescripteur : Dr. SIBAI SOUMMAYA

N° Anapath : 1909241747

Date réception : 24/09/2019

Nature du prélèvement : biopsie abcès du sein

Renseignements cliniques : sans antécédent particulier. Abcès du sein dans le post-partum. Incision de l'abcès. Prélèvement de tissu pour examen anapath.

Casablanca, le 30/09/2019

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Macroscopie :

I/ reçu 6 fragments mesurant 0,6 à 1,2 x 1 x 3,3 cm inclus en totalité dans 1 bloc.

II/ reçu 3 fragments mesurant 1 à 1 x 0,3 cm, inclus en totalité dans 1 bloc.

Microscopie :

A l'examen histologique, les 2 séries de prélèvements adressés, montrent un tissu adipeux siège d'un tissu de granulation inflammatoire polymorphe, associant des lymphocytes, des plasmocytes, des polynucléaires éosinophiles, des polynucléaires neutrophiles plus ou moins altérés, et des macrophages. Il s'y associe la présence d'un matériel fibrino-nécrotique.

Pas vu de parenchyme mammaire.

Absence de lésion spécifique ou de lésion tumorale dans la limite des biopsies examinées.

CONCLUSION :

-Tissu adipeux siège de remaniements inflammatoires suppurés pouvant entrer dans le cadre d'un abcès.

Absence de lésion spécifique ou de lésion tumorale dans la limite des biopsies examinées.

Dr Benkiran Leïla

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd Ain Taoujتate N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél. 05 27 41 86 66 Fax: 05 22 22

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire

29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca

TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 C

I.C.E 001598208000095

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mme GZIRI HIND		
Chambre : BOX4		
Médecin traitant SIBAI SOUMMAYA		
Prise en charge PAYANT		
Date entrée 24/09/2019		
Date sortie 24/09/2019 15:38		
Le caissier	L'infirmier	Le major

AL HAYAT OASIS CLINIC
N° INPL 090061953
29 Rue Rostand Quartier Oasis
Casablanca Tél (+212) 0522 999 444