

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 canaux, 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 canaux.

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 données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlogerie
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-428093

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3741 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JAARAR BILHASSANE

Date de naissance : 24 ALQODS 3 LISSABA

Adresse : RUE N° 4 CASA

Tél. : 0661456897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 30 SEP. 2019

Date de consultation : 30 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : SRANE MAMOUNA Age : 45

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 : CASA Le : 30 SEP. 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
13/09/19	biopsie		± 500 ±	INP : 0510702185
	Pha Frais Ringe		± 359.15 ±	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARAVAN S.A.R.L.A-U 10 Lot Smiraldia Lissarfa Casablanca 05 22 65 20 00	26/09/18	150,00

[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">B</div>																								
	(Création, remont, adjonction)																								
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																								
	DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



M. unpro

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : Dr MOUSSAYER KHAMAJA

Nom et prénom : M^{me} SBANE MAYMOUNA Mr ☐ Mme ☒ Mlle ☐ ENF ☐

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : BGS

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Sd rec

⇒ Suspicion de

gougeon - yagren

Radiographies : chechen

o. mylose

Date : Signature :

Moussayer

DR MOUSSAYER KHADIJA

Spécialiste en Médecine Interne

Lauréate de la faculté de Casablanca

Gériatrie à l'hôpital Charles-Foix-Paris

Ex Médecin-chef à l'hôpital de Kenitra

Ex-attachée à la polyclinique Ziraoui

Maladies de systèmes-Grands syndromes

Maladies rhumatologiques, endocriniennes, hématologiques

Cancérologiques, neurologiques, dermatologiques...

Maladies de la vieillesse.

Bilan de santé (check up)

Electrocardiogramme

الدكتورة موسيار خديجة

أخصائية في الطب الداخلي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

أمراض الأشخاص المسنين-المستشفى الجامعي شارل-فوايباريس

رئيسة سابقة بالمستشفى الإقليمي بالقنيطرة

مرتبطة بمصحة الزيراوي سابقا

الأمراض الجهازية-الأعراض الكبرى

أمراض المفاصل و العظام-أمراض الغدد

الأمراض الدموية-الأمراض السرطانية

أمراض الجهاز العصبي-الأمراض الجلدية

أمراض الشيخوخة

رصد صحي شامل

Casablanca le :

20/9/15

Solier

Hylosone

1 gte x 2/

x 3ms

Prisolvon

39/10

x 3ms

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smirade Lissafa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 95 20 07

الدكتورة موسيار خديجة
DR. MOUSSAYER KHADIJA
Spécialiste en Médecine Interne - Gériatrie
421, Imm B, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 022-86-23-63-Urgences GSM : 06-63-21-89-49

Cabinet : 421, Imm B, Bd Abdelmoumen, Résidence Riad Abdelmoumen, Bureau N 10, 2^{ème} étage- Casablanca -
(immeuble à 150m, sur la gauche, après le croisement avec le Bd Anoual, en direction de la gare Oasis, à 150m
aussi avant les stations services AFRIQUIA au carrefour suivant, et enfin en face de la pâtisserie Antouki)
Tél : 05-22-86-23-63-Urgences GSM : 06-63-21-89-49

HYLO-
COMOD®

Sans agents conservateurs



**Collyre
humidifiant**

Compatible avec
tous types
de lentilles

10 ml
de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique

 **URSAPHARM**



LOT

251276
150,00
150DH

PC:

Produit de l'industrie pharmaceutique
d'origine suisse
distribué en France par
URSAPHARM S.A. 15000
CH-1500 CHAM
15000

Note d'honoraires

Casablanca, le 13/09/2019

Le Docteur D^r MOUSSAYER

Prie M^{me} SBANE MAYMOUNA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires

pour biopsie de la glande
Salivaine

s'élevant à la somme de ₪ 500 ₪ Dhs

~~Dr. MOUSSAYER Rachid
Spécialiste en Médecine Interne - Génitourinaire
21, Im. I. B. Résidence Had Abdelmoumen
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 022-85 23 63 - Urgence GSM: 063.21.89.49~~

CLINIQUE ANOUAL

14 RUE ZAKI EDDINE ATTAOUSSI



KH-FZ

R.C :

Patente:

T.V.A :

Tél : 0522-86-02-07----

Le 13/09/2019

FACTURE N°110254

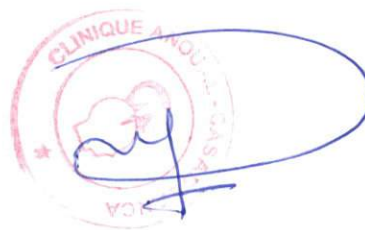
Page: 1

**SBANE MAYMOUNA-13/09/2019-
SBANE MAYMOUNA-13/09**

Forme	Produits	% TVA	P.P.M NET	Qté.	P.P.M Total	Dont TVA
IN	LIDOCAINE 2%	7,00	16,50	1	16,50	1,08
AC	SERIN 10CC	20,00	3,40	1	3,40	0,57
AC	GANT CHIRURGICAUX CH 7	20,00	12,45	1	12,45	2,07
AC	AIG JETABLE	20,00	1,25	1	1,25	0,21
AC	COMPRESSES JETABLE	20,00	3,00	20	60,00	10,00
AC	LAME BISTOURI 11	20,00	2,55	1	2,55	0,42
AC	ANTISEPTIQUE - SITE	20,00	10,00	1	10,00	1,67
AC	GANT JETTABLE	20,00	3,00	1	3,00	0,50
= NET TTC						109,15
TVA 7% Base : 123,43 Montant : 8,64 TVA 20% Base: 77,20 Montant : 15,44 Total TVA : 24,08						

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Neuf Dirhams et 15 centimes.



CLINIQUE ANOUAL CASABLANCA**14, Rue Zakieddine ATTAOUSSI****CASABLANCA****Tel: 022 86 02 08****Fax: 022 86 02 11****Patente: 36357750 - CNSS : 2282797****ICE 00 169 613 40 000 22****Site web: clinique-anoual.com****Facture N° : 2190192****CASA LE: 13/09/19****Nom et Prénom : SBANE MAYMOUNA****ORGANISME : ESP****REFERENCE : U: 1909006**

LIBELLE	TOTAL
PRESTATION CLINIQUE	250,00
PHARMACIE	109,15
TOTAL CLINIQUE	359,15

LE DIRECTEUR

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° : 1909141118

Du : 14/09/2019

Nom patient : Mme SBANE MAYMOUNA

Examens

Cotation(P) Prix Dhs

B LABIALE

409

450,00

Total

450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd. Ain Taoujtate N° 18 - 2ème étage
Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 78 548 - Fax : 05 22 78 564



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme SBANE

MAYMOUNA

Age :

Prescripteur : Dr. MOUSSAYER KHADIJA

N° Anapath : 1909141118

Date réception : 14/09/2019

Nature du prélèvement : biopsies des glandes salivaires

Renseignements cliniques : syndrome sec : suspicion de gougerot

Casablanca, le 18/09/2019

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

L'examen histologique a porté sur 4 fragments biopsiques de 1 à 3 mm de grand axe, examinés en totalité sur des niveaux de coupe étagés.

Il montre une glande salivaire accessoire de type séro-muqueux siège de discrets remaniements fibreux interstitiels, associés à un infiltrat inflammatoire mononucléé intralobulaire, fait de lymphocytes, et de plasmocytes matures.

On individualise un seul focus lymphocytaire, dénombrant une cinquantaine de lymphocytes, de disposition périvasculaire.

Il n'est pas observé d'exocytose lymphocytaire au sein de l'épithélium des canaux excréteurs.

Présence de muqueuse labiale subnormale sur 1 fragment.

Absence d'individualisation de granulome sarcoïdique sur les nombreux niveaux de coupe examinés.

Pas vu de dépôt amyloïde sur la coloration du rouge Congo.

CONCLUSION :

Aspect morphologique d'une sialadénite chronique lymphocytaire focale de grade 3 de Chisholm et Mason pouvant être considérée comme un critère d'inclusion pour le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sgögren.

Absence de dépôt amyloïde.

Absence d'argument morphologique pour une sarcoïdose dans la limite des fragments examinés.

Dr Benkiran Leïla

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
Rue de la Faculté N° 18 - 2ème étage
Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64