

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 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.

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

Cx

A

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

9233

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABER

Soumia

Date de naissance :

10/09/62

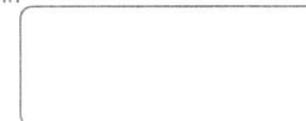
Adresse :

Tél. : 06 66 08 98 93

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Dr. N. Chabane
Polyclinique FIRDAOUS
Casablanca
N° 06 22 76 73 23
INP : 091013318

Enfan

Nature de la maladie :

Tumeur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

MUPRAS

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at/le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 16/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

Soumia/Ram



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
21/09/2015	Opérat	2009		 CLINIQUE FIRDAOUS Boulevard Mohamed Baâmani Lot. Chabab, Ain Sebaâ - Casablanca Tel: 0522 76 73 73 / 06 63 92 N°P: 090060773

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	24/08/1992	164.20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN KHALDOUN 04 BIS, Angle Bd Abdelhameud Dr. F. SEKKAT Dr. A. BIRTEL	25/03/19	1350 + 200	340.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

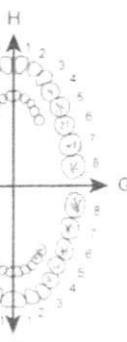
VOI ET ADHÉRENT

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \hline B \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession		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 PHARMACIEN ATTESTANT L'E

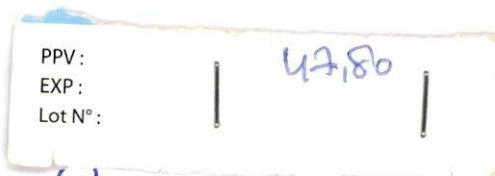
Le 24/09/19

Q^{mu} Saber Sounis

116hs 1 floxam 500
NS Mp x 3



47,80
21 NS Dason



PHARMACE AL WOURROUD
67 Rue
Té: 032 35 84 30 - Fax: 032 35 84 30
Patient: 34830, Casablanca



شارع محمد البغمراني حي الشباب - عين السبع - الدار البيضاء - الهاتف : 06.61.80.42.30 / 05.22.76.63.92 / 05 22.76.73.73
Bd. Mohamed Baâmrani, Hay Chabab, Ain Sebaâ - Casablanca - Tél.: 05 22.76.73.73 - 05.22.76.63.92 - 06.61.80.42.30 - Fax: 05.22.76.81.38

CLINIQUE FIRDAOUS

MULTIDISCIPLINAIRE

Bd Mohamed Baâmrani Hay Chabab AIN SEBAA
CASABLANCA

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient

Mme SABER SOUMIA

Chirurgien

... CHERKAOUI MOHAMMED

Anesthésiste

Nature de l'intervention

Lipome de l'avant bras + Nœuds du dos

Date intervention

24/09/2019

Type d'anesthésie

loCale.

- * ponction en décautage Draf.
- * sous Anesthésie loCale.
- * badiplomose du membre inf gauche et du dos.
- * infiltration de la xylocaine 2%.
- * Ablation excise des deux Tumeurs : le 1er au niveau du bras et l'autre au niveau du dos.
- * deux flap musculaire
- * fermeture en ~~gauze~~ plans



Posi ATB + Antibio

CLINIQUE FIRDAOUS

MULTIDISCIPLINAIRE
Bd Mohamed Baâmrani Hay Chabab AIN SEBAÄ
CASABLANCA
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 24/09/2019 Heure 09:08

Nom et Prénom du patient MmeSABER SOUMIA Age ou Date Naissance 58 - 10/09/1962

N° Cin du patient ou du tuteur B765338

Adresse

Téléphone 0666089893

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant CHERKAOUI MOHAMMED

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

CLINIQUE FIRDAOUS
Boulevard Mohamed Baâmrani
Lot. Chabab, Ain Sebaâ - Casa
Tél. 0522 76 73 73/76 63 92
INP 090060773

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 24/09/2019

Heure 13:47

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE FIRDAOUS
Boulevard Mohamed Baâmrani
Lot. Chabab, Ain Sebaâ - Casa
Tél. 0522 76 73 73/76 63 92
INP 090060773

CLINIQUE FIRDAOUS

MULTIDISCIPLINAIRE
Bd Mohamed Baâmrani Hay Chabab AIN SEBAA
CASABLANCA

F A C T U R E

N° : 1595 / 2019 du 24/09/2019

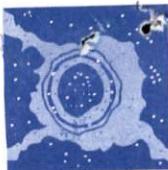
Nom patient **SABER SOUMIA** Entrée 24/09/2019
PAYANT Sortie 24/09/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		2 000,00	2 000,00
<i>Sous-Total</i>				2 000,00
Total Clinique				2 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS	Total	2 000,00
--------------------	-------	----------

CLINIQUE FIRDAOUS
Boulevard Mohamed Baâmrani
Lot Chabab Aïn Sebaâ - Casablanca
Tel. 0522 76 73 73/76 63 92
INP 090060773



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : SABER SOUMIA

Docteur : CHERKAOUI

Age : 46 ans

Date de réception : 25/09/2019

Organisme :

Code Patient : 2IV1948

Organe : Lipome du bras - Naevus du dos.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : 1/ - Tumeur de l'avant bras gauche – lipome.
2/ - Naevus du dos.

I/ - Reçu un matériel graisseux de 3,5 cm, pesant 5 g et correspond à l'examen histologique des différents prélèvements effectués montre un tissu graisseux ; constitué d'adipocytes tout à fait matures, parcouru d'un fin tractus conjonctivo-vasculaire, peu congestif.

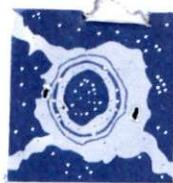
II/ - Reçu un losange cutané de 1,2x0,8x0,5 cm et correspondant à l'examen histologique en effet à un revêtement cutané dont l'épiderme est totalement décollé.

A noter que ce fragment est lysé et montre un aspect toutefois fibreux, dense avec ici et là des structures annexes avec individualisation d'une lésion dermique superficielle, constituée d'espèces de thèques de taille variable avec un certain gradient de maturation en profondeur. Ces thèques sont à éléments quelquefois pigmentés, lysées, rétractées, enfin sans atypie significative ni images de mitose. Cette lésion est réséquée en sa totalité.

CONCLUSION : I/ - Lipome lipocytique.
II/ - Naevus naevo-cellulaire de siège dermique réséqué en sa totalité.
- Absence de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F. SEKKAT

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 BIS, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. SEKKAT



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur: *Dr. Sekkat*

Nom et prénom: *Saber fumie* MR MME MLLÉ ENF

Age: *46 ans*

Référence: *- lipome sur bras*

Siège et nature du prélèvement: *- Nerf DDS.*

Cytologie: *-*

- Frottis de dépistage: - Vagin Exocervical Endocol Endomètre

- Date des dernières règles: *26/09/2011*

- Traitements éventuels: *---*

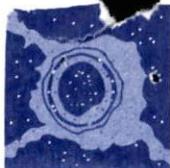
Renseignements cliniques et paracliniques: *1. Trameur de l'avaut bras fâche → lipome*

2. Nerf DDS.

Radiographies: *1*

Date: *24/09/2011*

Signature: *Dr. Sekkat*



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE FACTURE :

CASABLANCA LE : 25/09/2019

Analyses effectuées le: 25/09/2019

Pour.....: Mme SABER SOUMIA

Sur prescription du: Dr CHERKAOUI

Code.....: 2IV1948



Organisme.....:

Montant Net : 900.00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS Dhs 00 Cts

IBN KHALDOUN
9485, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. SEKKAT
F. A. 21.11