

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 045890

ND. 36592

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3400

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HJHED ANDALOUSSI, TAHIM KHALIL

Date de naissance : 14-10-1980

Adresse : 7 rue ANOMA LT TISSOT ET ANDALOUSSI

CASABLANCA

Tél. : 0661181754

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ahmed GANNOUNE  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Stomatologie  
Bd. Ghandi, Résidence Mansour  
Imm 7, Appt 2 - Casablanca  
Tél : 05 22 941 946

Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : HJHED ANDALOUSSI, TAHIM KHALIL Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Kystes dentaires

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 : CASABLANCA

Le : 30/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :




Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/12	K2+K2		150	<b>Docteur Ahmed GANNOUNE</b> Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie Bd. Ghandi, Résidence Mansour Imm 7, Appt 2 - Casablanca Tél / Fax: 05 22 941 946

### 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
	20/06/88	AST	509,00 d

### AUXILIAIRES MEDICAUX

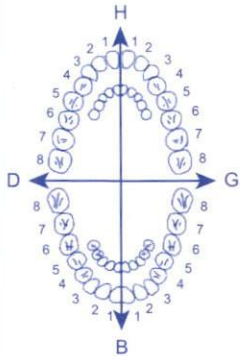
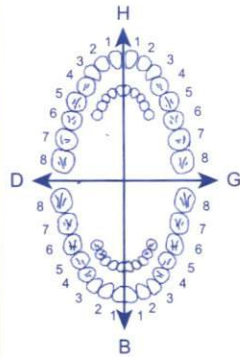
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, 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 PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Amal BÈNKIRANE**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA**

**CASAPATH**

**Dr. Lamia JABRI**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

**DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE**

De la part du Dr : .....

Nom et prénom du patient : .....

Age : .....

Sexe : .....

Date de prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Organe prélevé : .....

Nature de l'acte réalisé : .....

Biopsie antérieure : .....

☐ Oui

☐ Non

Réf : .....

FCV : .....

☐ Vagin

☐ Exocol : .....

☐ Endocol : .....

Date des dernières règles : .....

Parité : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : .....

**Signature & Cachet**  
**Dr. Amal BÈNKIRANE**  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Stomatologie  
d. Ghodli, Résidence Mansour  
Imm 7, Apt 2 - Casablanca  
Tél / Fax: 05 22 941 946



# CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca  
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com  
Patente 36333531 ICE 001624540000044

## FACTURE

REF : 20/4211

Casablanca, le 13/07/2020

Date de facturation	13 / 07 / 2020
Médecin traitant	DR GANNOUNE
Patient	HJIJ KHALIL - 062151
Demande	<b>H00630395 - 30/06/2020</b>

### Liste des examens

A Payer	500,00	Dhs
coefficient-P	455	

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

*Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca*  
6, Rue des Hôpitaux - Casablanca  
1er Etage - Casablanca  
Tel: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax: 05 22 22 14 24





## Compte Rendu Opératoire

**Nom :** HJIYEJ ANDALOUSSI

**Prénom :** KHALIL

**Date Intervention :** 30/06/2020

**Chirurgien :** Dr GANNOUNE

**Diagnostic :** Kyste Sébacé de la joue gauche.

**Type d'intervention :** Biopsie Exérèse.

**CRO :**

- Sous Anesthésie locale assistée par monitoring, Décubitus dorsal.
- Aseptie à la Bétadine.
- Mise en place de champs opératoire stériles.
- Infiltration à la xylocaïne adrénalinée 2%.
- Incision cutanée en ¼ orange péri kystique.
- Dissection Plan par Plan.
- Énucléation Kystique en monobloc.
- Hémostase soigneuse.
- Fermeture plan par plan.
- Pièce adressée à l'anapath.

Docteur Ahmed GANNOUNE  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Stomatologie  
Bd. Ghandi, Résidence Mansour  
Imm 7, Appt 2 - Casablanca  
Tél / Fax: 05 22 941 946



**Docteur Ahmed GANNOUNE**

Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face



091033738

## Note d'honoraire

Casa le 30/06/2020

**Identité Patient** HJIYEJ ANDALOUSSI KHALIL

**Date d'intervention** 30/06/2020

**Diagnostic** Kyste Sébacé de la joue gauche.

**Intervention** Biopsie tumorale.

**Cotation NGAP** K 20 +K 20

**Valeur Clé** C 159

**Montant Facturé** 1500 Dhs

Mille cinq cents dirhams

**Mode de paiement** ☐ Espèce

☒ **Chèque**  
Docteur Ahmed GANNOUNE  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Stomatologie  
Bd. Ghandi, Résidence Mansour  
Imm 7, Appt 2 - Casablanca  
Tél / Fax: 05 22 941 946

Bd. Ghandi - Résidence Mansour. Imm. 7 Appt. 2 RDC ( En face Lydec Ghandi ) - Casablanca

Patente : 34826254 - I.F. : 18799087 - ICE : 00171266700025

Tél. / Fax : 05 22 941 946 - GSM : 06 60 405 354 - Email : ganouneahm@yahoo.fr

**En Cas d'Urgence** : 06 62 807 029

**Lamia JABRI**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca



**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA**

**Dr. Amal BENKIRANE**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

## CASAPATH

RECU LE : 30/06/2020  
EDITE LE : 02/07/2020

NOM & PRENOM : HJIJ KHALIL  
PRESCRIPTEUR : DR GANNOUNE  
AGE : 60 ans  
Code Patient : 062151  
N/REF : 00630395  
ORGANE : JOUE

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Kyste dermoïde jugal gauche. Biopsie exérèse.

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Parvenu une kystectomie pesant moins de 5 grammes et mesurant 0,5x0,5x0,5 cm, incluse en totalité et examinée sur plusieurs niveaux de coupe. A la coupe, il s'agit d'un kyste à contenu pâteux friable jaunâtre.

Il s'agit histologiquement, d'un kyste dont la paroi est composée de cellules malpighiennes sans jonction visible. La couche périphérique montre des cellules de disposition palissadique avec un aspect ballonisé et un cytoplasme clarifié. Les noyaux sont réguliers, ne présentent pas d'atypies. Ces cellules ne produisent pas de couche granuleuse mais la kératinisation se fait sous forme abrupte. La lumière du kyste renferme un matériel éosinophile dense calcifié ou lamellaire.

### CONCLUSION :

- Kyste trichilemmal d'exérèse complète.
- Absence de malignité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

**Pr. Amal BENKIRANE**  
Anatomo-Pathologiste  
Centre de Pathologie Casapath  
6, Rue des Hôpitaux Rés. du Parc  
- Casablanca -  
Tél : 05 22 22 13 46 / Fax : 05 22 22 14 24