

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## **Pathologie 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.

## **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

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**

N° P19- 056405

Optique *ND 36847*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *05277* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*M GHAFRI, Noureddine*

Date de naissance :

*26/11/1958*

Adresse :

*6, Rue de Golo polo case*

Tél. : *0661141160*

Total des frais engagés : *2307,90 + 1530 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *M GHAFRI, NOUREDDINE* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Affect. oreil*

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.

*Conscience*

Fait à : *Le 08/10/2020*

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
08/07/2020			30011	<i>[Handwritten signatures and a blue stamp reading "CACHET DE MEKOUR" over "RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES"]</i>
21/07/2020			1250	<i>[Handwritten signatures and a blue stamp reading "CACHET DE MEKOUR" over "RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES"]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signatures and a blue stamp reading "CACHET DE MEKOUR" over "RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES"]</i>		357.90
		+ 15130
		3221

### ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Handwritten signatures and a blue stamp reading "CACHET DE MEKOUR" over "RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES"]</i>	21/07/2020	Pg 4	450

### AUXILIAIRES MEDICAUX

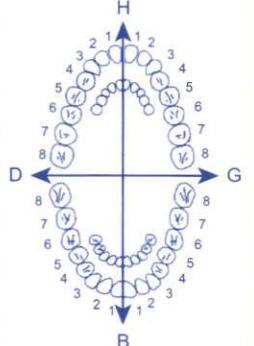
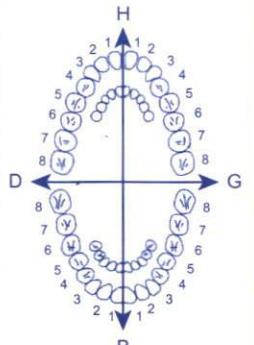
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	D		B	
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# مصحة بوسيجور

## CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

**Dr F. MEKOUAR**

O.R.L.

**Dr B. MOKRIM**

Prof agrégé en O.R.L.

**Dr K. YOUSSEFI**

O.R.L.

Immuno-allergologie

**Dr M. BERRADA  
SOUNNI**

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

PHARMACIE AL AMNE صيدلية الأمان

Thami MUSNAQUI



Pharmacien (Bipôle de l'Université Libre de Bruxelles)

1, Rue Golo, Quartier Polo - Polo

Tél: 0522 83 76 30 - Fax : 0522 83 61 36

Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca

Patente: 36374945 - RC: 298138

9. Agua Fu.  
Nord-

17 12/100

LOT N°:

UT. AV: 42,00

PPV (DH) :

79,70

PPV: 79 DH 70  
PER: 02/23  
LOT: J371

استيراد شركة سمارت للتجارة الدولية

BOTTU SA  
PPC : 119 DH 00

Vita C 1000®

PPV 150DH30  
EXP 03/2022

Vita C 1000®

PPV 150DH30  
EXP 04/2023  
LOT 04054 1

Vita C 1000®

Vita C 10  
PPV 150DH  
EXP 04/2023  
LOT 04054 1

3 x 15,30  
19,90  
x 15,30  
45,90  
291 1710

Docteur F. MEKOUAR  
Spécialiste en OR'  
Clinique OR - Beauséj  
198, Bd. Ghandi - Casab

$5,80 \times 3 = 17,40$

D.L. 15

2 - 1 = 10

$23,90$   
Policy strip

1 3 1 4 8

~~357,90~~

~~x 15,10~~

~~373,20~~

Doctor F. MEKOUAR  
Spécialiste en ORL  
Clinique ORL - Beauséjour  
198, Bd. Gnandi - Casablanca



15,80

15,80

15,80

PPV15DH80  
PER 01/23  
LOT J090  
SI

PPV15DH80  
PER 01/23  
LOT J090  
SI

PPV15DH80  
PER 03/23  
LOT J797  
SI

LOT:532  
PER:01/23  
PPV:23.90DH

صيغة الاخذ من  
PHARMACIE AL AMNE Thami MUSNAOUI  
Pharmacien (Bâtonnier de l'Université Libre de Bruxelles)  
1, Rue Golo, Quartier Polo - Polo  
Tél: 0522 83 76 30 - Fax : 0522 83 61 36  
Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca  
Patente: 36374945 - RC: 298138

# مصحة بوسيجور

## CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

**Dr F. MEKOUAR,**  
O.R.L.

**Dr B. MOKRIM**  
Prof agrégé en O.R.L.

**Dr K. YOUSSEFI**  
O.R.L.  
Immuno-allergologie

**Dr M. BERRADA  
SOUNNI**  
O.R.L.  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

Le 21/07/2002

M' MOHA FRI Noureddine

Biopsie de glande  
Salivaire

Docteur F. MEKOUAR  
Spécialiste en ORL  
Clinique ORL - Beauséjour  
198, Bd. Ghandi - Casablanca

مصحة بوسيجور

# CLINIQUE ORL ET MAXILLO-FACIALE BEAUSEJOUR

## F A C T U R E

N° : 691 du 21/07/2020

Médecin traitant : DR. MEKOUAR FOUAD

AAAAAAA

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr MGHAFRI NOUREDDINE	PAYANT	21/07/20 21/07/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
BLOC OPERATOIRE10	K	1,00	1 200,00	1 200,00
Sous/Total				1 200,00
Total clinique				1 200,00

Arrêtée à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

				TOTAL GENERAL	1 200,00
Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde		

Credit Agricol 225780024902219651011444 AG YACOUB ELMANSOUR

Clinique ORL et MAXILLO-FACIALE  
BEAUSEJOUR  
198, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 27/07/2020

## FACTURE N° : 20/07767

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

**450,00 Dhs**

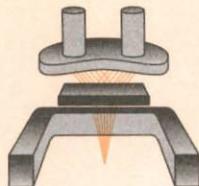
**QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **21/07/2020**

Pour **MGHAFRI NOURDDINE**

Sur ordonnance du : **Dr MEKOUAR FOUAD**

2. Laboratoire de Pathologie  
du Centre  
52, Bd Zerkouni, Casablanca  
Tel: 0522.221.31/34  
Fax: 0522.2250.90



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 23/07/20

Nom & Prénom : Mr MGHAFRI NOURDDINE  
Sur ordonnance du : Dr MEKOUAR FOUAD  
Réf. : 20H07563

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 21/07/20

Organe ou siège du prélèvement : Biopsie des glandes salivaires accessoires

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Le prélèvement biopsique adressé comporte trois fragments, inclus en totalité et analysés sur plusieurs niveaux de coupe.

Ils portent histologiquement sur des lobules de glandes salivaires accessoires sensiblement normaux ; dont certains sont en régression canalaire, évoluant sur un fond discrètement fibreux ponctué de cellules inflammatoires mononucléées, réalisant 03 focus lymphocytaires de > 50 éléments.

Le canal excréteur est dilaté, à revêtement épithelial cubique, cerné d'une fibrose modérée.

Il n'est pas vu de granulome ou de dépôts.

**Conclusion :** Aspect histopathologique d'une sialadénite lymphocytaire et focale, grade 4 selon la classification de Chisholm et Mason compatible avec un syndrome de Gougerot-Sjögren.

Dr Nouhad BENKIRANE

DR. BENKIRANE Nouhad  
ANATOMO - PATHOLOGIE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél. 22.22.51.31 - 22.51.34  
Fax 22.22.51.35 - 22.51.36