

# 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.

## Biologie 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 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

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 caractére 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

Nº P19- 058373

Optique *40610*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *07731*

Société :

Actif  Pensionné(s)

Autre :

Nom & Prénom :

*TABIT BENSLIMANE*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade :

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 : .....

Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-058373

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

8883

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

### 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
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		DEBUT D'EXECUTION
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		FIN D'EXECUTION
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		DATE DU DEVIS
Diagramme d'alignement des dents (O.D.F.)	D → G	B		DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411
G	00000000	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Consultation des Feuilles de soins TESTSR 18-SEP-20

Feuille de soins Détail feuille de soins Additifs Détail médicaments

Feuille N°: 15-020893  
Matricole: 07731 Nom & prénom: TABIT BENSLIMANE ABDELAZIZ  
Bénéficiaire: Conjoint  
Nom: HERDOUZ  
Prénom: RHAIMOU  
Age: 57  
E.P 1 N°: Docteur:  
E.P 2 N°: Docteur:  
E.P 3 N°: Docteur:  
Date dépôt: 17/07/2019 Date traitement: 29/07/2019  
Résultat du traitement: Accepté  
Observation: MQ ENG

1

**CLINIQUE MARSHAN**

7, Rue Hassan II  
Tél.: 05 39 33 10 15  
Fax : 05 39 33 10 16  
TANGER



**مصحة مارشان**

زنقة حساننة رقم 7 شارع الحسن الثاني  
الهاتف: 05 39 33 10 15  
الfax: 05 39 33 10 16  
طانجة

Tanger, le 14/06/19

**FACTURE**

224/19

Date Entrée : 12/06/19

DATE sortie : 14/06/19

MODE paiement : ESPECE

Nom & Prenom :

EL HARDOUZE RHIMOU

DESIGNATION	CLE	QTE	COEFF	PRIX	MONTANT
SEJOUR		2		700	1400
SOIN INFERMIER					
ACCOMPAGNANTE					
SAGE FEMME					
SALLE ACC					
BLOC OPERATOIRE		K140		2800	
FLUIDE MEDICAUX					
MONITORING					
SAGE FEMME					
ANESTHESIE					
AIDE OPERATOIR					
PHARMACIE				1200	
<i>Total Frais Clinique</i>					5400

Honoraire Medecin / GYNÉCO	4200
REANIMATEUR	2000
PEDIATRE	6200

Arreté la presente facture de la somme de : ONZE MILLE SIX CENTS DIRHAMS	11600
---	-------

N° PATENTE: 50 23 50 03

N° IF: 40 10 27 41

ICE : 001659849000017



**CLINIQUE MARSHAN**

7, Rue Hasnoune, Avenue Hassan II  
Tél.: 05 39 33 10 15  
Fax : 05 39 33 10 16  
TANGER



**صحة مارشان**

زنقة حسونة رقم 7 شارع الحسن الثاني  
الهاتف: 05 39 33 10 15  
fax: 05 39 33 10 16  
طنجة

Tanger, le 14/06/19 طنجة في

**Note d'HONORAIRE**

M..... : El Han douz Rhumou

Acte : K102-K80/2

Montant: 4200,- dt

Tanger le: 14/06/2019

Dr. FAYDOS RABIA  
MD, FRCR, FRCR  
Fellowship in Diagnostic Radiology  
Fellowship in Nuclear Medicine  
Fellowship in Radiobiology  
Fellowship in Radiation Oncology  
Fellowship in Medical Physics  
Fellowship in Radiopharmacy  
Fellowship in Radiobiology  
Fellowship in Radiation Oncology  
Fellowship in Medical Physics  
Fellowship in Radiopharmacy

**CLINIQUE MARSHAN**

7, Rue Hasnoune, Avenue Hassan II.

Tél.: 05 39 33 10 15

Fax: 05 39 33 10 16

TANGER



**مصحة مارشان**

زنقة حسليوة رقم 7 شارع الحسن الثاني

الهاتف: 05 39 33 10 15

fax: 05 39 33 10 16

طنجة

Tanger le 12/06/04 مطبوع في

**Note d'HONORAIRE**

M.... : El Haddouze Rhimou

Acte : Killi 2

Montant : + 2000,- dt

Tanger le : 12/06/04

Dr.TAHAR ABDELAUDIM  
Anesthésiste Réanimateur  
GSM: 06 61 14 80 46

**CLINIQUE MARSHAN**

7, Rue Hassan II, Avenue Hassan II  
Tél.: 05 39 33 10 15  
Fax : 05 39 33 10 16  
TANGER



**مصحة مارشان**

زنقة حسنونة رقم 7 شارع الحسن الثاني  
الهاتف: 05 39 33 10 15  
الفاكس: 05 39 33 10 16  
طنجة

Tanger, le 14/06/2012

Mme ELHendous  
Rhimou

- Recherches d'histo.
- L'opérotomie incision profonde et  
Hystérectomie subtotale (col long  
dépassant 10cm au plus) et  
ablation d'une hystérocèle.
- Fermeture plan sur plan.
- Voie hystérectomie lymphatique  
Incision sur col en T décollage  
vissé au bout de la ligne d'incision.  
Aiguille - hystérectomie  
3 points sur tout 1 sur ferme  
tendineux.  
Telle est sur le ferme vaginal.  
Pointe en V sur vaginale  
vaginale.

② colpectomie

## CLINIQUE MARSHAN

7, Rue Hosnoune, Avenue Hassan II  
Tél.: 05 39 33 10 15  
Fax : 05 39 33 10 16  
TANGER



## مصحة مارشان

زنقة حسونة رقم 7 شارع الحسن الثاني  
الهاتف: 05 39 33 10 15  
fax: 05 39 33 10 16  
طانجة

Tanger, le \_\_\_\_\_ مصحة في

### Note de Confidentialité du Médecin Traitant

1)- Date de la constatation de l'état du malade :

12/06/99

2)- Renseignement cliniques sommaires:

- Dernier bilan acte 10 cm L  
- avec un  
- trou de la face abdo cystal size 4.

3)- Traitement envisagé 140 correspondant à la cotation indiquée  
sur le bulletin d'information ou à la demande d'entretien préalable  
( si possible , nombre des actes en série)

K60 + K80/2

4)- Durée prévisible du traitement:

25 jours (pour fotoplastie)



مختبر التحاليل الطبية التشريحية المحمولة  
LABORATOIRE EL ANDALOUSSI D'HISTO-PATHOLOGIE

Dr. EL ANDALOUSSI BEN BRAHIM Youssef

دكتور الاندلусي بن بraham يوسف  
5 شارع المقاومة (كوبيدو سابقا) متفرع رقم 6 - طنجة - المغرب  
5, Bd de la Résistance (ex-Qulevard) Ap. N° 6 Tanger Tel.: 05 39 34 10 90  
E-mail: lehp@menara.ma

Franck

DEMANDE D'EXAMEN

Tanger, le .....

n et Prénom..... Rihman EL HARDOUZG

é de naissance..... 1962

Docteur préteur..... Dr flegours

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nesse la les utérine  
dr. rectal (lymphocele  
et LTR)  
+ cervical et rectocol  
Adolescent (SLIV)  
Abstinent sexuel (ko)  
- hysterectomy

060460473

DR. EL ANDALOUSSI BEN BRAHIM YOUSSEF  
ANATOMOPATHOLOGISTE  
5, Av de la Résistance Ap. 6  
Tel. 05 39 34 10 90 TANGER

LABORATOIRE ELANDALOUSSI D'HISTOPATHOLOGIE

Dr ELANDALOUSSI BENBRAHIM Youssef

Patente N° 50437343 ; CNSS N° 6042775 ; Identité fiscale N° 81488197 ; ICE N° 001916552000074 ;  
INPE N° 095006573.

Facture N° 473-19

Tanger le 12/06/19

Nom/prénom : EL HARDOUZE Rhimou

Type d'examen : Hystérectomie totale et annexectomie

Cotation : P 818

Arrêtée la facture à : 900dh

Dr ELANDALOUSSI B.Y.

DR ELANDALOUSSI BENBRAHIM YOUSSEF  
ANATOMOPATHOLOGISTE  
5, Av de la Résistance App. 6  
Tel. 05 39 34 10 90 - TANGER

S, Bd de la résistance, app N° 6, Tanger. Tel : 0539341090



مختبر التحاليل الطبية التشريحية البحرينية  
LABORATOIRE EL ANDALOUSSI D'ISTHO-PATHOLOGIE  
Dr. EL ANDALOUSSI BEN BRAHIM Youssef

F 961-19  
17 juin 2019

Nom/prénom : ELHARDOUZE Rhimou  
Médecin traitant : Dr FLEYOUS

Age/date de naissance : 1962

Hystérectomie totale et annexectomie

L'utérus pèse 90 g et mesure 7 x 6 x 4 cm. Le col mesure 3 x 6 x 4 cm. La trompe mesure 6 cm. La masse para-utérine pèse 574 g et mesure 15 x 10 x 8 cm.

A l'examen microscopique, il n'a pas été trouvé de signes de malignité.

Il s'agit d'un léiomyome de type habituel. Il est entouré par des fibres musculaires lisses peu modifiées sur l'une des faces et par un tissu ovarien, œdémateux contenant des corps blancs, sur l'autre. Il est séparé de l'ovaire par un tissu œdémateux. Il est constitué par des fibres musculaires lisses. La cellularité est de type habituel. Les fibres musculaires lisses sont régulières. Elles ne présentent ni atypies ni excès de mitoses (un maximum d'une mitose sur dix champs au fort grossissement). Ce léiomyome est le siège de remaniements par endroits scléreux œdémateux. La trompe est peu modifiée. L'endomètre est atrophique. Le col est tapissé par un revêtement malpighien surmonté par une couche cornée anucléée. Ce revêtement ne présente ni anomalies architecturales ni cytonucléaires. L'endocol est tapissé par un revêtement en métaplasie malpighienne sans atypies. Le chorion est fibreux, congestif et est le siège d'un infiltrat inflammatoire modéré polymorphe.

CONCLUSION :

Absence de signes de malignité.  
Léiomyome de type habituel para-utérin.  
Remanient cervical dystrophique secondaire au prolapsus.

Dr ELANDALOUSSI B. Y.

EL ANDALOUSSI BEN BRAHIM YOUSSEF  
ANATOMOPATHOLOGISTE  
5 Av. de la Résistance App. 6  
05 39 34 10 90 - TANGER

05 39 34 10 90 شارع المقاومة (كبيردو سابقا) شقة رقم 5 - طنجة - المغرب  
5 Bd. de la Résistance (ex - Ourvedo) Ap. N° 6 - Tanger - Tel: 05 39 34 10 90 .  
E-mail : lehp@manara.ma

				Tanger le 25/06/13 Facture N° 31
Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total	
1	Demographic S.V.S.P	1250	12500	
1	cicablit S.V	4000	4000	
1	fluorit S.V	9640	9640	
	<b>Pharmacie Ibn Sina</b> Dr. Lahiou Rachid Pharmacien 124, Av. Hassan II - Tanger Tel/Fax : 05 39 93 68 99		1.40	

**CLINIQUE MARSHAN**

7, Rue Hasnoune, Avenue Hassan II  
 Tél.: 05 39 33 10 15  
 Fax : 05 39 33 10 16  
 TANGER



**مصحة مارشان**

زنقة حسنوة رقم 7 شارع الحسن الثاني  
 الهاتف: 05 39 33 10 15  
 الماكس: 05 39 33 10 16  
 طنجة

Tanger, le 14/06/19 مصحة في

NOM ET PRENOM : EL HARDOUZ RHIMOU

**CONSOMMATION**

DESIGNATION	QTE	PU	P. TOTAL
GANT N°7	1	10	10
GANT N°8	2	10	20
BETADINE	2	25	50
LAME DE BESTOURI	1	5	5
VICRYL 2	4	100	400
SONDE URINAIRE	1	15	15
SAC URINAIRE	1	13	13
SERINGUE 10CC	3	3	9
BUPIVCAIN	1	37	37
AIGUILLE DE RACHI	1	90	90
INTRANUL G18	2	12	24
PERFESEUR	1	12	12
SERUM SALE 0,9% 500ML	3	21	63
MAXICLAV 1G	2	45	90
MIDAZOLAM	1	16	16
FENTANYL	1	30	30
SERINGUE 5CC	2	2	4
PERFALGON INJ	1	30	30
GANTE 7,5	2	10	20
VICRYL 0	1	100	100
LIDOCAIN 2%	1	16	16
SERIBNGUE 20CC	1	4	4
ELECTRODES	3	4	12
MORPHINE	1	6	6
SEUM G5% 500ML	2	23	46
COMPRESSE 10/BLOC	1	16	16
CASAQUE	1	70	70
SERINGUE 1CC	2	2	4
<b>TOTAL</b>			<b>1200</b>

