

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.

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 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- 058373

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07731 Société : 40610

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : TABIT BENSLIMANE

Nom & Prénom : TABIT BENSLIMANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / ACCUEIL

Nom et prénom du malade : HERDOUZ RHAIMOU

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 N° 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 :

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

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

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

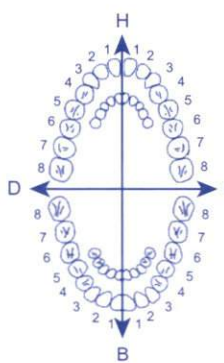
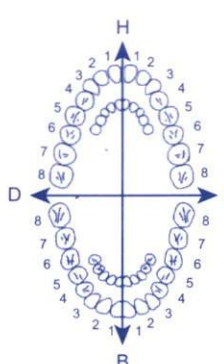
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(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

Consultation des Feuilles de soins		TESTSR		18-SEP-20	
Feuille de soins		Détail feuille de soins		Additifs	
		Détail médicaments			
Feuille N° :	15-020893				
Matricule :	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

MUPRAS
 Association de Prévoyance
 de l'Algérie
 25, rue de la Liberté
 16000 ALGER

W15-020893

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle: 7731

Nom & Prénom: **ABIL Ben Slimane Abdel**

Fonction: **Représentant**

Phone: **0697530515**

eMail:

MEDICIN

Prénom du patient:

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐

Age: **57 ans**

Date: **15 Oct 2010**

Nature de la maladie: **Nous ne pouvons + protéger les dents**

Date de l'accident:

Causes et circonstances:

Nature des actes:

Nbre de Coefficient:

Montant détaillé des honoraires:

1140

11600

PHARMACIE

Date: **25/06/2011**

Montant de la facture:

26140 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date: **12**

Désignation des Coefficients:

Montant détaillé des Honoraires:

P. 817

95500

ALLOCATIONS MEDICALES

Date:

Nombre:

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires:

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées:

Nature des soins:

Coefficient:

Coefficient des travaux:

Montant des soins:

Debut d'exécution:

Fin d'exécution:

Détermination du coefficient masticaire:

Coefficient des travaux:

Montant des soins:

Date du devis:

Fin de l'exécution:

Prothèses dentaires

Dents Traitées:

Nature des soins:

Coefficient:

Coefficient des travaux:

Montant des soins:

Debut d'exécution:

Fin d'exécution:

Détermination du coefficient masticaire:

Coefficient des travaux:

Montant des soins:

Date du devis:

Fin de l'exécution:

(Création, Remont, adjonction)
 (Remplacement par une prothèse permanente ou temporaire)

OLET ADHERENT NOM: **ABIL Ben Slimane** Mle: **7731**

DECLARATION N°: **W15-020893**

Date de Dépot:

Montant engagement:

Nbre de périm. Jointure:

15-12-10 12 761-90

Date de validité de cette feuille est de (2) trois mois

Je m'engage à le règlement en condition par la fourniture de tous

Les documents nécessaires à la MUPRAS

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



05 39 33 10 15 : الهاتف
 05 39 33 10 16 : الفاكس
 طابوعة

Tanger, le 14/06/19

224/19

Date Entree 12/06/19

DATE sortie : 14/06/19

MODE paiement ESPECE

Nom & Prenom :

EL HARDOUZE RHIMOU

DESIGNATION	CLE	QTE	COEFF	PRIX	MANTANT
SEJOUR		21		700	1400
SOIN INFIRMIER					
ACCOMPAGNANTE					
SAGE FEMME					
SALLE ACCT					
BLOC OPERATOIRE	K140				2800
FLUIDE MEDICAUX					
MONITORING					
SAGE FEMME					
ANESTHEIE					
AIDE OPERATOIR					
PHARMACIE					1200
Total Frais Clinique					5400
Honoraire Medecin (GYNECO					4200
REANIMATEUR					2000
PEDIATRE					
					6200
Arrete 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 MASSANA

CLINIQUE MARSHAN

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



صحة مرشان

زناقة حسلونة رام 7 شارع الحسن الثاني
الهاتف: 05 39 33 10 15
الفاكس: 05 39 33 10 16
طنجة

Tanger, le 14/06/19 طنجة في

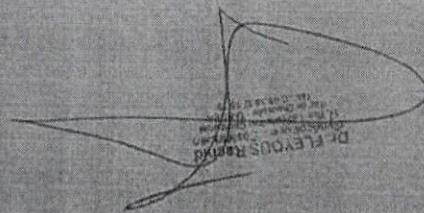
Note d'HONORAIRE

M.... : EL Han douz Ramiou

Acte : K102-K80/2

Montant : 4200, dlt

Tanger le : 14/06/2019


Dr. FLEVOUS RAMOU

CLINIQUE MARSHAN

7, Rue Hasnouda, Avenue Hassan II

Tél.: 05 39 33 10 15

Fax : 05 39 33 10 16

TANGER



صحة مرشان

زينة حيلولة رقم 7 شارع الحسن الثاني

الهاتف: 05 39 33 10 15

الفاكس: 05 39 33 10 16

طنجة

Tanger, le 12/06/14 طنجة, في

Note d'HONORAIRE

M. El Handouze Rhimou

Acte : Kilo

Montant : 2000,00

Tanger le 12/06/14

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

CLINIQUE MARSHAN

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



مصحة مرشان

زينة حنونة رقم 7 شارع الحسن الثاني
الهاتف: 05 39 33 10 15
الفاكس: 05 39 33 10 16
طنجة

Tanger, le

14/06/2019

طبعة في

Mme ELHARDOUZ
Rhimou

- Rœder anesthesie
- leperotomie incision p. fœtus et
Hystérotomie sus-totale (col bref
depassant 10cm au p. de l'œuf) et
ablation de la lésion-utérine
Fermeture plan par plan.
- voir aussi à cause de l'œuf
incision au col en T décollement
vessie au lésionnel jusqu'au p. de l'œuf
Anisthésie - hémise au vessie
3 points au v. uyl 1 sur Ferme
tension
Zèle tot au le ferme vaginal
Pointe en U sur unguere
vaginale. ② colpéctomie

CLINIQUE MARSHAN

7, Rue Hasnouda, Avenue Hassan II

Tél.: 05 39 33 10 15

Fax : 05 39 33 10 16

TANGER



صحة مرشان

زناة معلونة رقم 7 شارع الحسن الثاني

الهاتف: 05 39 33 10 15

الفاكس: 05 39 33 10 16

طنجة

Tanger, le _____ ملحق في

Note de Confidentialité du Medecin Traitant

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

12/06/19

2)- Renseignement cliniques sommaires:

- Dem. de l'écriture roche de
diagnostic
- proctopsie fessale cystique stade 4.

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

Kero + K80/2

4)- Durée prévisible du traitement:

21 jours (pour fortokobon)

Dr. Ouis Rachid



مختبر التحليلات الطبية التشريحية المجهز
LABORATOIRE EL ANDALOUSSI D'HISTO-PATHOLOGIE

Dr. EL ANDALOUSSI BEN BRAHIM Youssef

0539 34 10 90 : الهاتف - طنجة - رقم 8 : شقة سابقا (كبيبدو سابقا)
5, Bd de la Résistance (ex-Quevedo) Ap. N° 6 Tanger Tél: 05 39 34 10 90
E-mail: lehp@menara.ma

DEMANDE D'EXAMEN

Tanger, le

N et Prénom: Brahim EL HARDOUZE
Date de naissance: 1962
Mecin préleveur: Dr. Flegous

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Masse la teo utérine
de 10 cm + (17 jours utérin
et LTRH)
+ cyste focal et rétrocal
+ adénofibrose
Hystérectomie
Hystérectomie

06704 60473

DR. EL ANDALOUSSI BEN BRAHIM YOUSSEF
ANATOMOPATHOLOGISTE
5, Av de la Résistance Ap. N° 6
Tél: 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

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

L.E.H.P



مختبر التحليلات الطبية التشريحية المجهرية
LABORATOIRE EL ANDALOUSSI D'HISTO-PATHOLOGIE
Dr. EL ANDALOUSSI BEN BRAHIM Youssef - د. الأندلسي بن إبراهيم يوسف

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.
Remaniement cervical dystrophique secondaire au prolapsus.




Dr ELANDALOUSSI B. Y.

Dr ELANDALOUSSI BEN BRAHIM Youssef
ANATOMOPATHOLOGISTE
5, Bd de la Résistance Ap. N° 6
20390 TANGER

05 39 34 10 90 - الهاتف : 05 39 34 10 90 - الفاكس : 05 39 34 10 90
5, Bd. de la Résistance (ex - Ouassou) Ap. N° 6 Tanger - Tél : 05 39 34 10 90 .
E-mail : lehp@mar.ma

Le 25/06/13
Facture N° 31

M:

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
1	Demoxyl 	12100	12100
1	Cicavit 	4000	4000
1	Fuam 	9640	9640
<div data-bbox="507 1288 901 1579"><p>Pharmacie Ibn Sina Dr. Lahlou Rachid Pharmacien 124, Av. Hassan II - Tanger Tel./Fax : 05 39 93 68 99</p></div> <p>T. 26140</p>			

CLINIQUE MARSHAN

7, Rue Hasnouna, Avenue Hassan II

Tél.: 05 39 33 10 15

Fax: 05 39 33 10 16

TANGER



مصحة مرشان

زقة حستونة رقم 7 شارع الحسن الثاني

الهاتف: 05 39 33 10 15

الفاكس: 05 39 33 10 16

طنجة

Tanger, le

14/06/10

طنجة 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	1	12	12
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 SCC	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
TOTAL			1200

CLINIQUE MARSHAN
TANGER
14/06/10