

## 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 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Cesablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0032321

132851

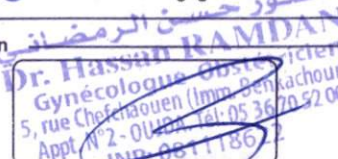
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LECHHAB NAJAT  
 Date de naissance : 1958/11/12  
 Adresse : RUE TGUAFAYET N° 4  
 Tél. : 0600205986 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/10/22  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 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° P19-032321

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
30/08/12	S	1	250 DH	

# 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
CASSET BESSAID Laboratoire et du Radiologie d'Anatomie et d'Odontologie 100, Bd. Aïal Ben Abdelhak 3è Et. Tél. 05 36 70 80 50 Fax 05 36 70 80 52 - DU 10	21/08/12	P290	320 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

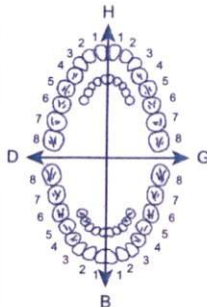
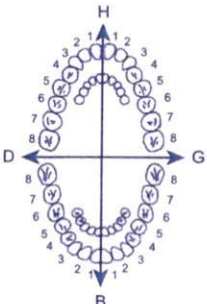
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000003</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000003	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000003	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
			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'EXECUTION

# LABORATOIRE BENSAÏD

D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Dr Mohammed BENSAÏD

ANATOMO- PATHOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de PICARDIE-AMIENS



مختبر بنسعيد

للتشريح المرضي الدقيق

الدكتور محمد بنسعيد

اختصاصي في التشريح المرضي

خريج كلية الطب ببيكاردي - أميان

**N° d'examen** : 0648 C 22

**Age** : 63 ans

**Date de réception** : 31/08/2022

**Date de réponse** : 02/09/2022

**Nom & prénom** : LECHHAB NAJAT

**Médecin traitant** : RAMDANI HASSAN

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCV en mono-couche.

## RESULTAT D'EXAMEN

Les étalements cytologiques examinés sont d'une cellularité satisfaisante, composée essentiellement de cellules malpighiennes type basales et parabasales. Elles sont régulières sans atypies cytonucléaires.

Présence de quelques cellules dyskératosiques, sans visualisation de koïlocytes.

Présence de cellules endocervicales en nids, dont certaines sont métaplasiques sans signes d'atypie cytonucléaire.

Le fond est inflammatoire fait essentiellement de polynucléaires neutrophiles.

## CONCLUSION :

Selon le système Bethesda 2001 :

Prélèvement satisfaisant.

Frottis atrophique.

Fond inflammatoire.

Absence de lésion intra-épithéliale.

**Signé : Dr M.BENSAÏD**

Dr Mohammed BENSAÏD  
Médecin Anatomopathologiste  
Tél : 05 36 70 80 50  
Fax : 05 36 70 80 52



# CABINET DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**Dr. Hassan RAMDANI**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Spécialiste C.E.S en Gynécologie - Accouchements

Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie Opératoire

Hystérocopie Diagnostique et Opératoire

Diplômé d'Echographie Gynéco-Obstétricale et Mammaire

Stérilité

Sur rendez-vous

Oujda, le 30/08/2008

**الدكتور حسن الرمضاني**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

جراحة النساء - الفحص بالصدى

الجراحة الباطنية - أمراض العقم

بالموعد



Mme: Jecheb Najat

Facture:

consultation  
250 \$

الدكتور حسن الرمضاني

**Dr. Hassan RAMDANI**

Gynécologue-Obstétricien

5, rue Chefchaouen (Ism. Benkacouch)

App. N° 2 - OUJDA. Tél: 05 36 70 52 00

INP: 081118622

5, زنقة شفشاون (عمارة بنقاشور) شقة رقم 2

Tél: 05 36 70 52 00

مختبر بنسعيد للتشريح المرضي الدقيق

**LABORATOIRE Bensaïd**

D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**Dr. Bensaïd Mohammed**

**ANATOMO-PATHOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de  
Médecine d'Amiens - France

100, Bd Allal Ben Abdellah

Résid. le Paris 3<sup>ème</sup> étage OUJDA

Tél.: 05 36 70 80 50 - Fax: 05 36 70 80 52



**FACTURE**

N° : ASS 223/22

PATENTE : 10703136

T.V.A. : 412070

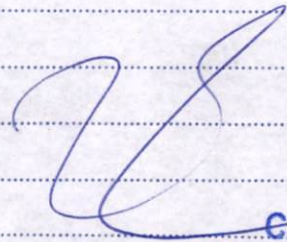

CNSS : 2447995

I.Fiscal : 10607236

I.C.E. : 001636502000080

Oujda, le 31/08/2022

M. LECHAB NAJAT Doit

NATURE DE L'ANALYSE	B	PRIX T.T.C. DH
FCV en mono-vanche	P290	320 DH
<div><p><b>CABINET Bensaïd</b> d'Anatomie et Cytologie Pathologiques 100, Bd. Allal Ben Abdellah 3è Et. Tél. 05 36 70 80 50 Fax 05 36 70 80 52 - OUJDA</p></div> <div><p><b>CABINET Bensaïd</b> d'Anatomie et Cytologie Pathologiques 100, Bd. Allal Ben Abdellah 3è Et. Tél. 05 36 70 80 50 Fax 05 36 70 80 52 - OUJDA</p></div>		
TOTAL	P290	320 DH
Arrêtée la présente facture à la somme de : <u>Trois cent vingt</u> Dirhams		

Dr. ENVOYER Dr. RAMDANI

06.00.2059 56.

# LABORATOIRE BENSÄÏD

D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Docteur Mohammed Bensaïd

ANATOMO-PATHOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de PICARDIE-AMIENS



مختبر بنسعيد  
للتشخيص المرضي الباثولوجي  
الدكتور محمد بنسعيد  
اختصاصي في التشريح المرضي  
خريج كلية الطب بكاردى - اميان

## DEMANDE D'EXAMENS CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : RAMDANI HASSAN.

- Mr, Mme, Mlle, Enf. : Lechhab Najoua

- Age : 63 ans

- Date du prélèvement : 30/08/22

### HISTOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE

- Organe : \_\_\_\_\_

- Nombre de prélèvements : \_\_\_\_\_

### CYTOLOGIE :

\* FCV : - Vagin : \_\_\_\_\_, Exo : \_\_\_\_\_, Endo : \_\_\_\_\_

- Date des dernières règles : \_\_\_\_\_

- Mode de contraception : \_\_\_\_\_

- Traitement récent : \_\_\_\_\_

\* Autres cytologies : Sein : \_\_\_\_\_, Ascite : \_\_\_\_\_, Plé : \_\_\_\_\_, Autres : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

FCV

### QUESTIONS :

EXAMEN ANT (Réf) :

NON

100, شارع علال بن عبد الله الطابق الثالث (بجوار مقهى البستان قبالة سينما باريس) - وجدة  
100, Bd Allal Ben Abdellah 3<sup>ème</sup> étage à côté café Al Boustane (en face cinéma le Paris) - OUJDA  
Tél. : 05 36 70 80 50 : الهاتف - Fax. : 05 36 70 80 52 : الفاكس

CABINET BENSÄÏD  
d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques  
100, Bd Allal Ben Abdellah 3<sup>ème</sup> Et  
Tél. 05 36 70 80 50 Fax 05 36 70 80 52 - Oujda

Dr. Hassan RAMDANI  
Généraliste - Obstétricien  
S. de Chérchoul (Im. Bankachou)  
N°1 - Oujda, Tél. 05 36 70 52 00  
INP : 081118622