

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0007246

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SADDIQI Noureddine  
 Date de naissance : 8.4.52  
 Adresse : Res. Al Qantara. Al Cai 1/2  
 Tél. : 0661376184 Total des frais engagés : 362,5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/22  
 Nom et prénom du malade : ZIJI SANAA Age : 58 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie  
 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 : 12/11/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

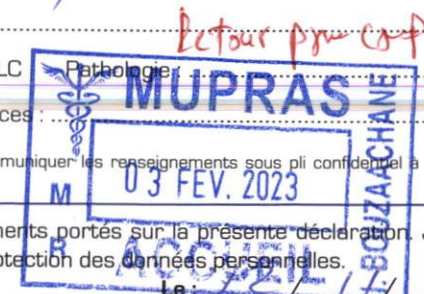
Déclaration de maladie M22-0007246

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019






# 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
	6/11/12	2	400	 <b>Dr. EL MENIRA Rachid</b> Gynécologue - Obstétricien CLINIQUE SIDI OTHMAN Tél. 05 22 69 75 75

## 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
	12/11/12	1500	36000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

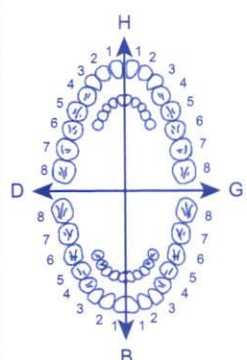
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

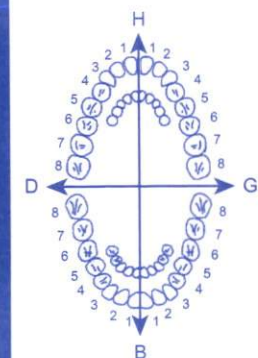
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



**Diplômé de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER**



خريج كلية الطب مونيولي

Je savais très bien que

1-11-22

$$\phi \subset V$$

Tel: 05 22 59 75 75

E-mail : [cliniqueso@menara.ma](mailto:cliniqueso@menara.ma) : البريد الإلكتروني :



**LABORATOIRE CASALAB PALMIER®**

Dossier N°: **2211123097**

Résultats de : **Mme ZIZI EP SADDIQI Sanaa**

Né(e) le : **06/06/1964** – 58 ans

N° CIN : **G144339**

Date du prélèvement : 12/11/2022 10:47. JAM

Edition du : 16/11/2022 à 16:08

**Monsieur Le Dr RACHID EL MENJRA (Gynécologue)**

**Cher confrère,** nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

**ANALYSES TRANSMISES A L'EXTERIEUR**

Frottis Cervico Vaginal

Voir page ci-jointe

Validation biologique par : **Le Dr M. BEZZARI**

**Dr K. OUZZANI**



Dossier n° 2211123097 – Mme Sanaa ZIZI EP SADDIQI

1 / 1







**RECU LE : 12/11/2022**

**EDITE LE : 15/11/2022**

**NOM & PRENOM : ZIZI EP SADDIQI SANAA**

**PRESCRIPTEUR : Dr. -**

**AGE : 58 ans**

**Code Patient : 100724**

**N/REF : 21112893**

**ORGANE : FROTTIS DU COL**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE**

- Frottis en milieu liquide selon la technique Prepstain

- Qualité du frottis :  
Très bonne qualité.

- CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA :  
Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis étudié après cytocentrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide montre un fond ponctué polynucléaires neutrophiles souvent altérés avec la présence de quelques lactobacilles. La cellularité est adéquate faite de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléo cytoplasmique.

Il est également retrouvé des cellules endocervicales régulières sous forme de cellules isolées dispersées.

Il n'est pas noté de signes cytologiques d'infestation virale ou de signes de dysplasie.

**CONCLUSION :**

- Frottis cervical légèrement inflammatoire.
- Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

Signé : Dr. Lamia JABRI

**Pr. Lamia JABRI**

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie Casapath

5, Rue des Hôpitaux 20360, Casablanca  
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24





**FACTURE N° 2211123097**  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 12/11/2022

**INPE : 093002574**

**Mme Sanaa ZIZI EP SADDIQI**

Demande N° 2211123097

Date de l'examen : 12/11/2022

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Frottis Cervico Vaginal	B250

Total des B : 250

Total à payer : **362.50** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**trois cent soixante-deux dirhams cinquante centimes**

\*(HN) = analyse hors nomenclature

