

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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
RECEPTION

110597

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1386 Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : LOADI BRAHIM

Date de naissance :

Adresse : 25 H. Chissement El Wafa Dzau

Tél. : 06.61.30.59.89 Total des frais engagés : 920.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : LAIAOUI LATIFA Age : 61 a

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

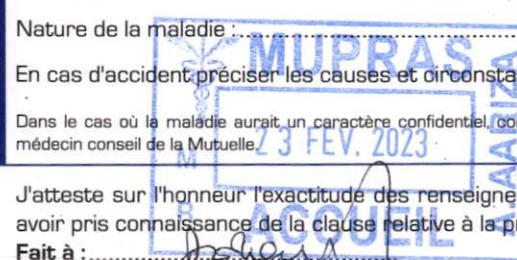
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : astocelle

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 23 FEV. 2023 Le : Le 102.1.2023

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
5/12/22	CS	1	200.011	Dr. Nabil M... Gynécologie... 26, Rue Dalia... Rabat
5/12/22	EDU	1	400.011	Dr. Nabil M... Gynécologie... 26, Rue Dalia... Rabat

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 Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE DE PATHOLOGIE MEDICALE ANATO-MO-CYTOPATHELOGISTE D. H. INSTITUT DE PATHOLOGIE Bd Abdelloumen et Bachir Casablanca - Tel: 0522 23 50 80	08/12/22		300.011

AUXILIAIRES MEDICAUX

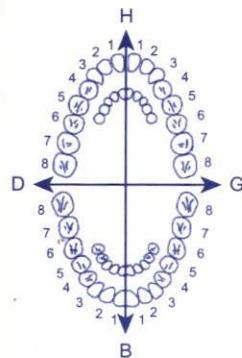
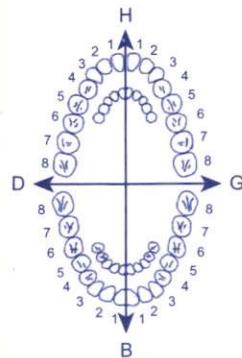
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
G				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nabil MOULAY

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN

Chirurgie et Endoscopie Gynécologiques
 colposcopie - Hystérofibroscopie
 Echographie 3D et 4D temps réel
 Doppler couleur - Stérilité
 (Sur Rendez-vous)

Rabat le 05/12/2022

الدكتور نبيل مولاي

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

**جراحة النساء . فحص الرحم بالمنظار
 التهش بالإنزيمات . دوبلير بالألوان
 عقم الزوجين**

Madame

LAAOUI'S

LATIFA

Je soussigné Docteur Nabil MOULAY, certifie que

Madame LAAOUI'S LATIFA

vu son état de santé, est bien venue à mon cabinet où elle a bénéficié : le 05/12/2022

-d'une Consultation Spécialisée (200 DHS)

-d'une Échographie (400 DHS)

Facture délivrée à l'interessée pour faire valoir ce que de droit.



Dr. Nabil MOULAY
 Gynécologue Obstétricien
 26 Rue Oqba Agdal - Rabat
 05 37 67 55 89 / 90

ICE: 0016014125/0070
 CNSS: 2916619
 I.F.: 33514121

Docteur Nabil MOULAY

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN

Chirurgie et Endoscopie Gynécologiques
colposcopie - Hystérofibroscopie
Echographie 3D et 4D temps réel
Doppler couleur - Stérilité
(Sur Rendez-vous)

الدكتور نبيل مولاي

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

جراحة النساء . فحص الرحم بالمنظار
الكتف بالابليوكرافتي . دوبليير بالألوان
عقم الزوجين

Rabat le 05/12/2022

Madame

LAAOUI'S

LATIFA

Echographie gynécologique

Clinique:

BIAN DE CYSTOCELE

utérus: antéversé, antéfléchi

-Volume: Longueur: 74 mm
Épaisseur: 41 mm
Largeur: 42 mm

-Contour: régulier,

-Échostructure : présence d'une masse arrondie de 20 mm /28 mm, dans sa partie postéro fundique interstitielle avec dôme sous séreux restant extracavitaire , hétérogène, avec des plages hypo et hyper échogènes au myomètre adjacent et discret cône d'ombre postérieur.La cartographie vasculaire visualise un pédicule à destinée centrale avec une couronne vasculaire périphérique .

-Endomètre:

*Épaisseur: 2 mm

-Ligne cavitaire:

Bien visualisée, nette, hyperéchogène, non déformée en regard de la masse précitée

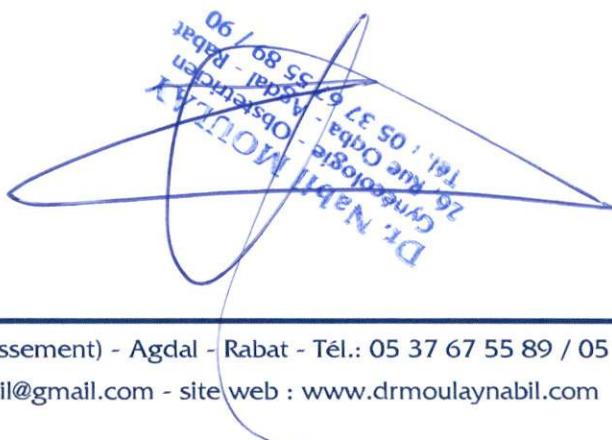
Annexes:

-Ovaire gauche et droit: bien visualisés.

*Périmètre respectif: 54 mm et 52 mm.

Conclusion :

FIBROMYOME UTÉRIN INTERSTITIEL À DÔME SOUS SÉREUX + ATROPHIE DE L'ENDOMETRE



Tls 0.1 05.12.2022
Tlb 0.1 11:55:09 PM
MI 0.5 RICS-9A-RS
27Hz / 7.0cm
180°/12
Routine CRU/GYN
N 9.60 - 5.50
AO 98%
Gn 1
C7/M7
FF4/E1
SRI II 1/CRU 1



Tls 0.1 05.12.2022
Tlb 0.1 11:54:55 PM
MI 0.5 RICS-9A-RS
27Hz / 7.0cm
180°/12
Routine CRU/GYN
N 9.60 - 5.50
AO 98%
Gn 1
C7/M7
FF4/E1
SRI II 1/CRU 1



2851

LAADOU 13

Docteur Nabil MOULAY

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN

Chirurgie et Endoscopie Gynécologiques
colposcopie - Hystérofibroscopie
Echographie 3D et 4D temps réel
Doppler couleur - Stérilité
(Sur Rendez-vous)

الدكتور نبيل مولاي

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

جراحة النساء . فحص الرحم بالمنظار
الكتف بالإيكوغرافي . دوبليير بالألوان
عقم الزوجين

Rabat le 05/12/2022

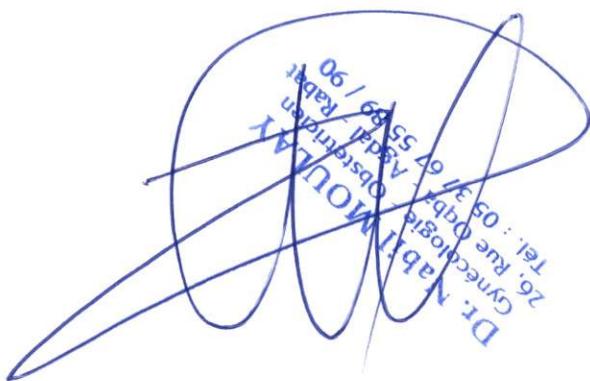
Madame

LAAOUI'S

LATIFA

FROTTIS CERVICO-VAGINAL

(Patiente de 61 ans ménopausée)



**LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES**

Dr Jawad KARRAT

Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél. 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

LENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOR.
Dr. Hind ALATAWNA
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE
17 Louvre Centre RDC Angle
Bd. Abdelloumen et Bachir Laalaj
Casablanca - Tél: 0522 23 37 50

CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE IBN ZOHR

Casablanca le 08/12/2022

FACTURE N°22/3602

NOM ET PRENOM : LAAOUIS LATIFA

Nature du prélèvement : Frottis cervico-vaginal

Date du prélèvement : 08/12/2022

Montant de : 300, 00 Dh.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cents dirhams.

Signé

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. AIMA ALAYAWNA
ANATOMO-CYTO PATHOLOGISTE
17 Louvre Centre RDC Angle
Bd Abdelmoumen et Bachir Laalaj
Casablanca . Tel: 0522 23 37 50

Patente N° 34708372 ICE :001864938000053 INPE :091151944



CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ZOHR

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

مركز تشريح الخلايا والأنسجة ابن زهر

Dr. Hind ALATAWNA

RECU LE : 08/12/2022
EDITE LE : 10/12/2022

NOM & PRENOM : LAAOUIS LATIFA
PRESCRIPTEUR : DR NABIL MOULAY
Age : 61 ANS
N/REF : C21208070

Nature du prélèvement : Frottis cervico-vaginal

Renseignements cliniques : Ménopausée

COMPTE RENDU

TECHNIQUE MONOCOUCHE :

Qualité du frottis : optimale.

Diagnostic descriptif :

1) Evaluation hormonale :

Subatrophique.

2) Microbiologie :

Inflammation légère avec polynucléaires neutrophiles et histiocytes sans agent mycélien ou parasitaire identifiable. Flore de Doderlein absente.

3) Cellules pavimenteuses :

Intermédiaires et parabasales normales et rares superficielles.

4) Cellules glandulaires :

Présence de cellules endocervicales métaplasiques en voie de maturation régulières.

Pas vu de stigmate cytologique d'infestation virale ou de signe de dysplasie.

CONCLUSION :

Frottis cervical jonctionnel, subatrophique légèrement inflammatoire, sans signe de dysplasie ou de néoplasie.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Hind ALATAWNA
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE
17 Louvre Center RDC Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalaj
Casablanca - Tél: 0522 23 37 50

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 05.12.2018

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1386 e-mail : lqachbr@gmail.com phones : 06.61.30.59.29

Nom et Prénom de l'adhérent : Leadi Bratin

Nom et Prénom du bénéficiaire : Laoui Larra

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

prostatis vessie cystocle 2
reducation + Jeune de 10 J

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.