

## 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

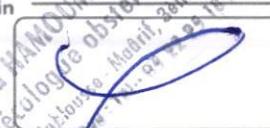
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-790882

ARR442

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |                                       |                                  |                                 |
| Matricule :                                 | A22 12235                             | Société :                        |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : A22 AKHNINI Nisrine          |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 13/02/1993              |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : Casablanca                        |                                       |                                  |                                 |
| Tél. :                                      | 06 77 10 96 30                        | Total des frais engagés :        | 1277,1 Dhs                      |

|   |  |                                   |                                 |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Autorisation CNDFP N° : A-A-215/2019  | Cadre réservé au Médecin   |                                   |                                 |
|   | Cachet du médecin :<br> |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 08.03.2023   | Age:                              |                                 |
| Nom et prénom du malade : A22 AKHNINI Nisrine   |  |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Affection gynéologique   |  |                                   |                                 |
| 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 cause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à Casablanca, le 08/03/2023.

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 08/03/2023



## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08.03.2023      | CS<br>échographie | 3                     | 300                             | 094185314  |
| 08.03.2023      | petit examen      | 1                     | 50                              | 094185314  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date       | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|------------|-----------------------|
|                                       | 08/03/2023 | 288,10                |
|                                       | 08/03/2023 | 85,10                 |

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire en cours de Période  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| LE CACHET DU LABORATOIRE EST EN COURS DE PERIODE<br>DU 01/03/23 AU 31/03/23<br>LE COEFFICIENT POUR LA SEMAINE<br>DU 01/03/23 AU 05/03/23 EST DE 290 | 09/03/23 | P290                         | 3.00 DH                |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## **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 | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
|------------------------------|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|--|
|                              |   |                  |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
|                              | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                            |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| 25533412                     | 21433552  |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| <hr/>                        |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| D                            | G   |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| 35533411                     | 11433553  |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| <hr/>                        |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
| B                            |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
|                              | <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
|                              |   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |
|                              |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |  |



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : AZZAKHNI NISRINE Mr  Mme  Mlle  ENF

Age : 30 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Cell

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre
- Date des dernières règles : 19.02.2023
- Traitements éventuels : Phase Péri-ovaire J18

Renseignements cliniques et paracliniques :

Frottis de dépistage

Radiographies :

Date : 08.03.2023 Signature :

Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Accouchement  
Echographie Gynécologique et Obstétricale  
Chirurgie Gynécologique  
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie  
Maladies et Cancer du sein  
Ménopause  
Infertilité du couple



رعاية و مراقبة الحمل  
التوليد  
الشخص بالصدى الصوتى  
جراحة أمراض النساء  
التشخيص و الجراحة بالمنظار  
جراحة أمراض و سرطان الثدي  
سن اليأس  
العمق للزوجين

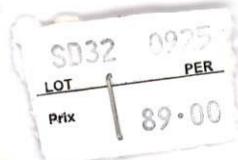
### Ordonnance

Casablanca le :

08.08.2023.

Mme/Mlle :

A 221 KHANOU NI SIRING .



1- Sachet gel ménop.  
1/2 cuillère matin x 215

2- Une de parfum  
gommante avant coucher  
1 gout



Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Accouchement  
Echographie Gynéologique et Obstétricale  
Chirurgie Gynéologique  
Cœliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie  
Maladies et Cancer du sein  
Ménopause  
Infertilité du couple



رعاية و مراقبة الحمل  
التوليد  
الفحص بالصدى الصوتي  
جراحة أمراض النساء  
التخفيض والجراحة بالمنظار  
جراحة أمراض و سرطان الثدي  
سن اليأس  
العقل للزوجين

### Ordonnance

Casablanca le : 08.03.2023

Mme/Mlle :

AZZAKH NINI NISIRINE

MARPHAR  
POLYGYNAX 12 capsules vaginales  
Bd. Alkmia No. 6, Qs-Sidi Benmoussa,  
Casablanca / Maroc  
P.P.V. : 67DH440

6 118001 183739

64,40 1/ Polygynax ovules vaginales

1 ovule le soir en position allongée pdt 10 jours

Prochain frottis dans ..... 2 ans



319334

6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

PPV : 49,60 DH  
LOT : 22J05  
EXP : 10/2025

60 نونة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء

60, Rue Nablousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichauvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54

PPV : 49,60 DH  
LOT : 22J05  
EXP : 10/2025

Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Casablanca le 08/03/2023

Accouchement

Echographie Gynécologique et Obstétrique

Patient : MME AZZAKHINI NISRINE

Chirurgie Gynécologique

Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie

Anamnèse :

Maladies et Cancer du sein

Ménopause Age : 30 ans

Infertilité du couple

Gestité : 0 Parité : 0



رعاية ومراقبة الحمل

التوليد

الفحص بالصدى الصوتي

جراحة أمراض النساء

التشخيص والجراحة بالمنظار

جراحة أمراض وسرطان الثدي

سن اليأس

العقم للزوجين

ATCD : HYPOTHYROIDIE SOUS LEVOTHYROX 50 2007-2011 PAS DE TRT A CE JOUR

ALLERGIE A LA PENI

TA : 12/7

Groupage : A+

Examen pratiqué sur un GENERAL ELECTRIQUE VOLUSON S8, équipé de sondes électroniques linéaire et convexe 3 D ET 4 D, de sonde endovaginale, et d'un doppler couleur mis en service en OCTOBRE 2020.

Les conditions de l'examen étaient bonnes .

Phase du cycle : PHASE LUTEALE J 18 / DDR 19/02/ 2023

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE/ Voie Endovaginale :**

Vessie semi pleine.

Utérus de taille normale, d'écho structure homogène et de contours réguliers.

Ligne intracavitaire hyperéchogène fine en place.

Endomètre d'épaisseur normale, homogène et régulier.

Echostructure du myomètre homogène. Absence de structure myomateuse.

Ovaire droit riche en follicules de siège habituel, de taille et d'échostructure normales.

Ovaire gauche bien individualisé .De même aspect échographique. Situé en position latéro utérine habituelle.

Follicule dominant droit .

Absence de masse annexielle.

Absence d'épanchement au niveau du douglas.

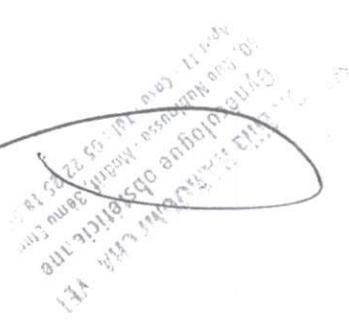
**Conclusion :**

Echographie pelvienne d'aspect normal.

Ovaires folliculaires.

Absence de masse annexielle.

Absence d'épanchement.



ID: VS8804379-23-03-08-7

AZZAKHNINI NISRINE

Date de l'examen : 08.03.2023 15:45:49





# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujitate, N°18, 2ème étage. Bourgogne  
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

## F A C T U R E

N° : 2303091417  
Du : 09/03/2023

Nom patient : Mme AZZAKHNINI NIRINE

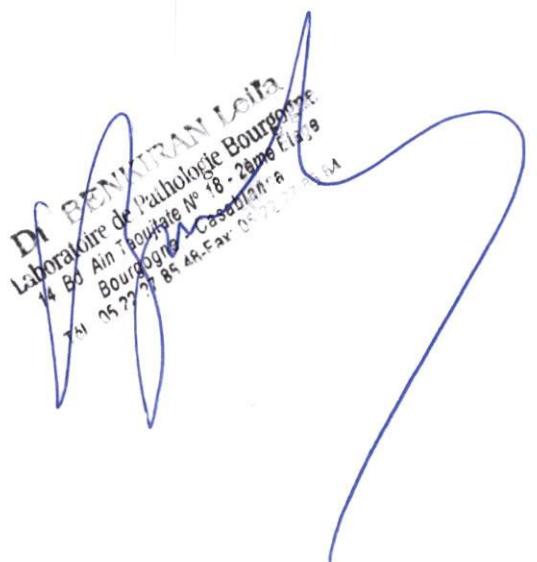
### Examens

Cotation(P) Prix Dhs

|                    |     |        |
|--------------------|-----|--------|
| FROTTIS MONOCOUCHE | 290 | 300,00 |
|--------------------|-----|--------|

|       |        |
|-------|--------|
| Total | 300,00 |
|-------|--------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**TROIS CENTS DIRHAMS**



A handwritten signature in black ink, reading "Dr BENKIRAN Leïla", is placed over a large, irregular blue ink smudge. The smudge covers the bottom right portion of the page, appearing to be a scan of a signature.



# مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme AZZAKHNINI

NISRINE

Age : 30 ans

Prescripteur : Dr. HAMOUMI LILIA

Nº Anapath : 2303091417

Date réception : 09/03/2023

Nature du prélèvement : frottis cervicovaginal en monocouche

Renseignements cliniques : DDR : 19/02/2023. Phase luteale. J18. FCV de dépistage.

Casablanca, le 13/03/2023

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### TECHNIQUE MONOCOUCHE :

Qualité du frottis : optimale.

### Diagnostic descriptif :

#### 1) Evaluation hormonale :

Bonne trophicité.

#### 2) Microbiologie :

Inflammation légère à modérée avec polynucléaires plus ou moins altérés sans agent mycélien ou parasitaire identifiable.

#### 3) Modifications réactionnelles :

Méplasie malpighienne mature. Parakératose.

#### 4) Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires normales.

#### 5) Cellules glandulaires :

Présence de cellules glandulaires endocervicales de morphologie régulière.

### CONCLUSION :

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

Dr Benkiran Leïla

14 Bd Aïn Taoujتate - 2<sup>ème</sup> étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64  
E-mail : labpathologie.bourgogne@yahoo.fr