

# 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.



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0015794

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7990 Société : RAM 158526  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHAIRI ABDESLAM  
 Date de naissance : 30/08/64  
 Adresse :  
 Tél. : 0661453109 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Khalid TAIBI**  
 Gynécologue Obstétrique  
 45, Bd. Bir Anzarane Maarif  
 CASABLANCA - GSM: 0513 21 95 27  
 Tél: 0522 25 17 97-0522 93 45 30

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 03/03/2023  
 Nom et prénom du malade : Ziaia Slam Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection gynécologique  
 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 : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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** : 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

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
03/03/23	G2		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.03.23	22,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/03/23	Rx 1150	500,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

Baycutène® N



LOT :  
PER :  
PPV :

Paris V

ODUCTION

COELIOSCOPIE

MALADIES DU SEIN



## الدكتور الطيبي خالد

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

إختصاصي في الإنجاب بالمساعدة الطبية

الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار - أمراض الثدي

Casablanca, Le

03/03/2023

الدار البيضاء في

7 - Ziadi siham

22.70

Baycutène



une applicati x 2 j x 7 j

PHARMACIE AL WOUROUD  
67, Rue des Roses A Côté de  
Mosjid Annour - Beausejour  
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca  
Patente: 3460812

Dr. TAIBI Khalid  
Gynécologue - Obstétricien  
45, Bd. Bir Anzarane - Maarif  
CASA - Tél: 022.25.17.97/98.54.30

45, شارع بشر أنزران - معاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 25 17 97/0522 98 54 30 - النقال: 0613 21 95 27

45, Bd. Bir Anzarane - Maarif - Casablanca - Tél.: 0522 25 17 97/0522 98 54 30 - GSM: 0613 21 95 27

# Dr Nezha RAQUI

Médecin anatomo-pathologiste

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne attachée aux hôpitaux de France

## الدكتورة نزهة الراقي

إختصاصية في علم التشريح المرضي الدقيق

خريجة كلية الطب بباريس

مقيمة سابقة بمستشفيات فرنسا

### DEMANDE D'EXAMEN HISTO-CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom : ZIANI Siham Age : 51 ans

Ordonnance du docteur : Tahiri

Réf antérieure : .....

Siège et nature du prélèvement : FCV en milieu liquide

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Col. Appt n° 6

**Dr. NEZHA RAQUI**  
M. Bou Abou Al Hassan Al Askari (Ex Lavoisier)  
2ème Etage - CASABLANCA  
Tél. 0522 86 02 34 - 0522 86 02 87

#### CYTOLOGIE :

\* Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre

\* Autres :

\* Renseignements supplémentaires :

- Dates des dernières règles

- Parité 11

- Traitement éventuels 0

- Autres

Date : 03/03/23

Menopausée

**Dr. TAIBI Khalid**  
Gynécologue - Obstétricien  
4, Bd. de l'Anzouane - Maroc  
CASA - Tél. 0522 86 02 34 - 0522 86 02 87  
Signature : [Signature]

# Dr Nezha RAQUI

Médecin anatomo-pathologiste - Diplômée de la faculté de médecine de Paris  
- Ancienne attachée aux hôpitaux de France

03/03/2023

FACTURE 1E1596

ICE 001722963000035

INPE 091119057

NOM ET PRENOM	TYPE	PRESC	PRIX(Dh)
ZIANI SIHAM	FCV	Dr .TAIBI	250DH

TOTAL

250DH

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr /N. RAQUI  
Dr. Nezha RAQUI  
18, Rue Abou Hassan Al Askari (Ex Lavoisier)  
2ème Etage - CASABLANCA  
Tél : 0522 86 02 34 - 0522 420 28 47

# Dr Nezha RAQUI

Médecin anatomo-pathologiste - Diplômée de la faculté de médecine de Paris  
- Ancienne attachée aux hôpitaux de France

NOM ET PRENOM : ZIANI SIHAM  
DATE DU PRELEVEMENT : 03/03/2023  
DATE DU RESULTAT : 07/03/2023  
RC :- 51 ans.

REF : 1E1596

PRES : Dr.TAIBI

- Menopause .
- Col : NL
- Il pare .

## COMPTE RENDU D'EXAMEN

### FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE

Frottis cervical réalisé à l'aide d'une cervex-bruch qui a été immergée dans un milieu de conservation liquide.

La desquamation malpighienne est faite de cellules superficielles intermédiaires isolées ou groupées en amas , et de rares cellules superficielles éosinophiles .

Le fond contient une flore polymorphe , des polynucléaires, des histiocytes, des noyaux nus, des cellules endocervicales, et des cellules de remaniement .

### CONCLUSION :

- MENOPAUSE DE TYPE INTERMEDIAIRE .
- CERVICITE MODEREE .
- ABSENCE DE SIGNE CYTOLOGIQUE DE MALIGNITE.

Dr : N.RAQUI

**Dr. NEZHA RAQUI**  
M. Abou Al Hassan Al Askari (Ex Lavoisier)  
2ème Etage - Casablanca  
Tél : 0522 86 02 34 - 0522 86 02 35