

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Meils 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 79051 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADOUA CH. LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 600.000 + 1.222 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghita BELKAÏD
Gynécologue - Obstétricien
185, Bd. Zerkouni Maârif - Casablanca
T : 0522 25 03 20 / GSM : 0546 14 57
Fax : 0522 25 77 02

Date de consultation : 15/06/2023

Nom et prénom du malade : FADOUA CH. LATIFA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : obstétrique JUIN 2023

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/06/2023

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
15.04.2013		CS + echo	Good H	Dr. Anura BELADEV Gynécologue-Obstétricien +85, Bd. Zambelli

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
<i>LABORATOIRE DE RADIOPHYSIQUE SOCIETE DES INVESTIGATIONS CLINIQUE</i>	<i>18/04/2012</i>	<i>B175</i>	<i>250,-</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laila Lakaï
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

3

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin

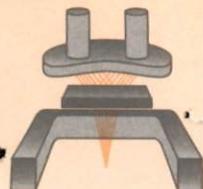
Exocol

Endocol

- Frottis conventionnel : CBE :

Endomètre

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 19/04/23

Nom & Prénom: Mme FADOUACH LATIFA
Sur ordonnance du: Dr BELKHAYAT GHITA
Réf: 23C04154

Prélevé le 15/04/23 et parvenu au laboratoire le: 18/04/23

Organe ou siège du prélèvement : Col utérin

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 53 ans
FCU

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :

Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :

Atrophie

2. Microbiologie :

Fond inflammatoire sans agent mycélien ni parasitaire.

3. Modifications réactionnelles :

Desquamation en lambeaux épithéliaux, hyperchromatisme nucléaire,
cellules en dyskératose

4. Cellules pavimenteuses :

Basales et petites basales normales ou dystrophiques réactionnelles

5. Cellules glandulaires :

NOMBREUSES, CYLINDRIQUES NORMALES.

Conclusion:

Frottis cervical atrophique et inflammatoire.

Absence de signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr L.LARAQUI

PP. Laïla LARAQUI
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél.: 0522 22 51 31 / 0522 22 51 3
Fax: 0522 22 50 00



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 20/04/2023

FACTURE N° : 23/04558

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

250,00 Dhs

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **18/04/2023**

Pour **FADOUACH LATIFA**

Sur ordonnance du : **Dr BELKHAYAT GHITA**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 22 57 34 / Fax: 0522 22 50 00