

## 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 rééductions.
  - Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

#### Dontaine :

- 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 Langue Runica AID et AIC

- 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** :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 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-729685

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>Jamereh Bim</i>			
Date de naissance :	<i>16/5/24</i>		
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	12 , 04 2023	
Nom et prénom du malade :	GAMMOON Djam	
Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Doulour pelvienne	
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		

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
12.04.2023		CS + echo	600000	INP : <input type="text"/> Chita BELKHAYAT NPE 166074
Paiement par CB obsolète				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Chet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE DE CENTRE 52, Boulevard Lerkhout 1000 BRUXELLES	15/04/20	BAT5	150,-

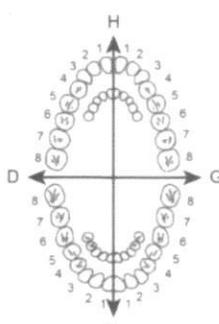
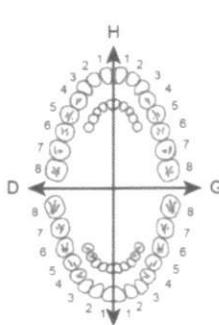
AUXILIAIRES MEDICALS

## **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	Devis 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
B				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

RIA P



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

GANNOUR RIM

Age

Date du prélèvement

30 ans

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

12 104 MSZB

Fev

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui  Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
CENTRE  
Boulevard Zerkouni  
Casablanca 52 31 24 Fax: 0522 22 58

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

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin

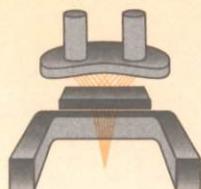
Exocol

Endocol

- Frottis conventionnel : CBE :

Endomètre

Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 17/04/23

Nom & Prénom : Mme GAMMOUH RIM  
Sur ordonnance du : Dr BELKHAYAT GHITA  
Réf. : 23C04130

Prélevé le : 12/04/23 et parvenu au laboratoire le : 15/04/23

Organe ou siège du prélèvement : Col utérin

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 30 ans

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

### TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :

Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :

Bonne trophicité

2. Microbiologie :

Inflammation mais sans parasite, ni spore ni filament mycélien

3. Modifications réactionnelles :

Hypertrophie nucléaire mais le rapport nucléo-cytoplasmique est bien conservé

4. Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires et parabasales normales ou réactionnelles

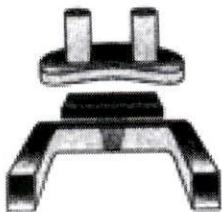
5. Cellules glandulaires :

Nombreuses, cylindriques normales

### Conclusion:

- Frottis cervico-utérin inflammatoire.
- Absence de signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr L.LARAQUI  
Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO-PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 33  
Fax: 0522 22 50 90



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 18/04/2023

**FACTURE N° : 23/04469**

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 **15/04/2023**

Pour **GAMMOUH RIM**

Sur ordonnance du : **Dr BELKHAYAT GHITA**

D.D  
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Boulevard Zerkouni  
161-3397-2151-2134-1600-2600