

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.

Reéducation :

- 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 : adhession@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° W21-792183

M9 Fact
ehc
xfact

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10440	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUARTI
Nom & Prénom : FAOUZIA			
Date de naissance : 19/09/69			
Adresse : 49 Rue de BANAFSAY Hay KAMA			
Tél. : 06 23 15 74 32	Total des frais engagés : 983 Dhs.		

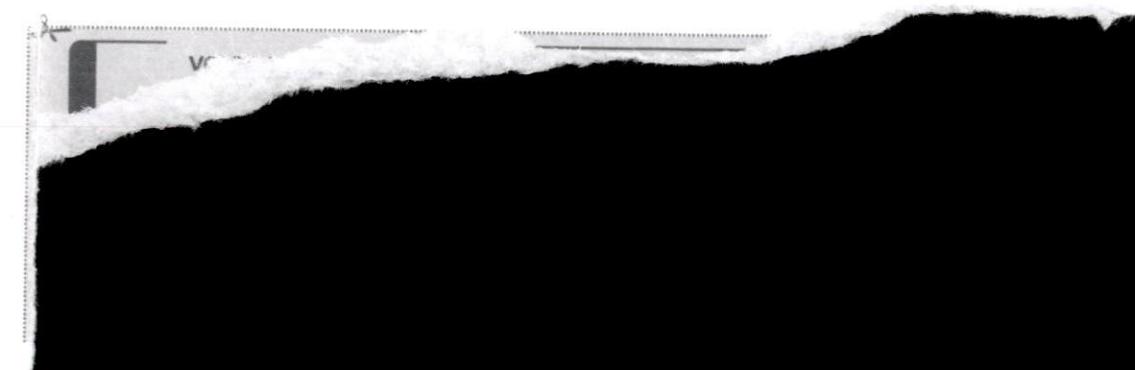
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Bouchra RAHOUI Gynécologue - Obstétricienne 26, Bd. Omar EL Khayam - Bouséjour - Casablanca Tél. : 0520 55 56 69 - 0656 21 65 11	
Date de consultation : 16 JUN	Age :
Nom et prénom du malade : ou A.M. Dahr	Conjoint
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : 	
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 : _____

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
20/03/2012	CS	echo pul	341 D	INP : <input type="text"/> Dr. Bouchra KARAOUY Gynécologue - Obstétricienne 16-18 Othar El Khayam - Beauséjour - Casablanca - 20 55 56 69 - 0653 21 65 11

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
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE 1225, 134 Zarkaoui Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 40	16/03/2012	12912	LABORATOIRE DE PATHOLOGIE 52, Boulevard J. Bourguiba Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 40

AUXILIAIRES MEDICAUX

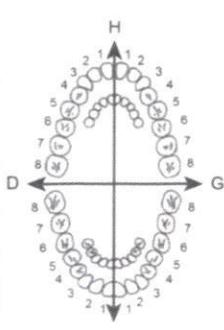
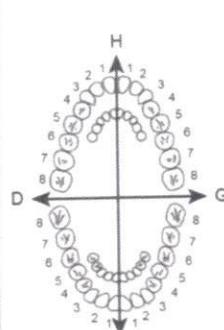
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000 35533411	B	00000000 11433553	
[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



UCL 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 ,

OUHOUIT Dukha

Age

51 a

Date du prélèvement

16 MAI 2013

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Acte de
frottis et

frottis et

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

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

Endocrinologie

- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre

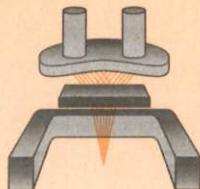
Gynécologue - Obstétricien

Signature

Signature

et Cachet

Signature



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 18/03/23

Nom & Prénom: Mme OUARTI FOUZIA
Sur ordonnance du: Dr KARAOUI BOUCHRA
Réf: 23C03206

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 16/03/23

Organe ou siège du prélèvement : Col utérin

Renseignement(s) clinique(s): Age : 54 ans

FCU

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :

Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :

Bonne trophicité

2. Microbiologie :

Très nombreux lactobacilles de Doderlein

3. Modifications réactionnelles :

Sans

4. Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires et rares parabasales normales

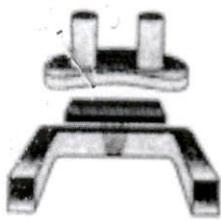
5. Cellules glandulaires :

Rares, cylindriques normales

Conclusion:

Frottis cervico-utérin normal.

Dr L.LARAQUI
L.P.C. - PATHOLOGISTE
Boulevard Zerkouni
31/0522 22 51 31/0522 22 51 31
Fax: 0522 22 50 99



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 20/03/2023

FACTURE N° : 23/03737

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 :

320,00 Dhs

TROIS CENT VINGT DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **16/03/2023**

Pour **OUARTI FOUZIA**

Sur ordonnance du : **Dr KARAOUI BOUCHRA**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52 Bd Zerkouni
Tél. 022.22.51.31/022.2251.34