

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-794779

268344



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 128.1K

Société : KAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj

Date de naissance : 06-12-1989

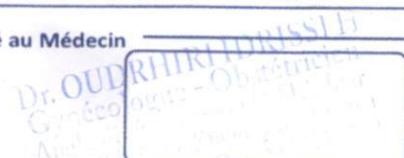
Adresse : Siège Casse Angle Royal Air Maroc

Tél. : 0662765224

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Kamelia Kabbaj

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Perthes xaginal les

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 : Casablanca

Le : 10/01/2023

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
25/05/2023	CS	500,00		INP : 091165061
	écho			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

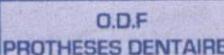
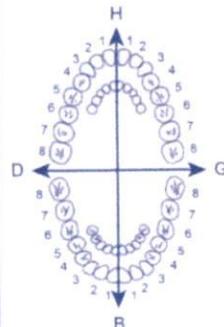
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/5/23	11	3000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....				-	.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

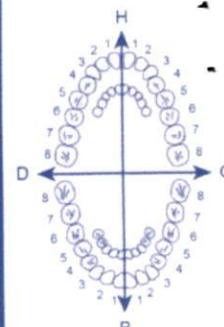


Page 1 of 1

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CA HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## Coefficient des travail

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Dr. Lamiâ JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

# CASAPATH

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : .....

Nom et prénom du patient : .....

Age : .....

Sexe : .....

Date de prélèvement : .....

25-05-2023

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Organe prélevé : .....

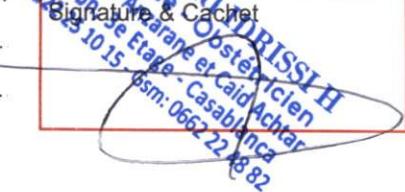
Nature de l'acte réalisé : .....

Biopsie antérieure :  Oui  Non Réf : .....

FCV :  Vagin  Exocol  Endocol .....

Date des dernières règles : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : .....



**Dr OUDRHIRI IDRISI Hicham**  
**Gynécologue - Obstétricien**

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque

Médecine Foetale et Grossesses à haut risque

Echomorphologie et Echocardiologie Foetale

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie

Stérilité du couple. FIV - ICSI



**الدكتور ودغيري إدريسي هشام**  
**إختصاصي في أمراض النساء والتوليد**

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر

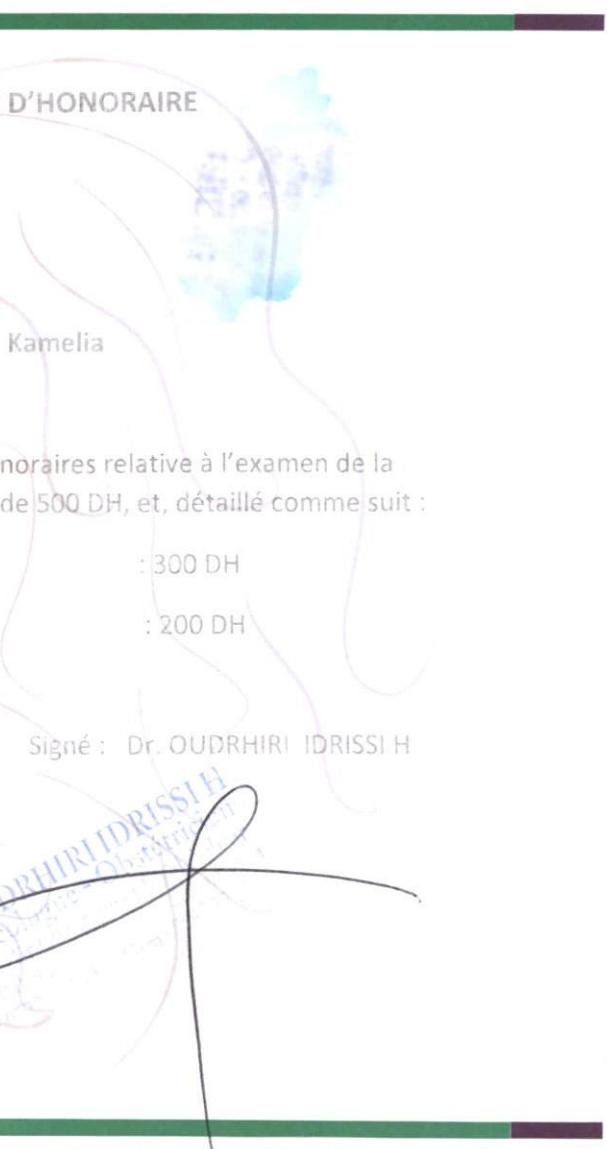
بالمستشفى الجامعي بالميريا

الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر

جراحة النساء والتوليد

الجراحة بالمنظار

العمق والإخصاب



**NOTE D'HONORAIRE**

Date : 25/05/023

Nom et Prénom : KABBAJ Kamelia

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 500 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 300 DH

Prix de l'échographie : 200 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISI H



## COMPTE RENDU

**Nom et Prénom :** KABBAJ Kamelia

**Âge :** 33 ans

**Date de consultation :** 25/05/2023

### Exploration Gynécologique

Antécédents Familiaux : RAS

Antécédents Personnels : Splénectomie

Antécédents Gynéco-Obstétricaux : Césariennes (2)

DDR : 09/05/2023

FM : 5/30

FO : 20222

Contraception : Non

### Motif de Consultation :

#### Examen Gynécologique & Complémentaire:

Génitaux externes normaux, pas de saignement vaginal, leucorrhées non spécifiques, col d'aspect macroscopique normal, utérus mobile non douloureux à la palpation, annexes non palpables et douglas libre. Frottis CV réalisé.

#### Echographie :

Utérus en anteflexion, de forme et caractéristiques normales.

Endomètre homogène et régulier, trilaminaire de 11,1mm.

Ovaires normaux avec follicule droit de 17mm, cul de sac de douglas libre.

#### Conclusion :

Pertes vaginales.

FCV.

Dr. OUDRHIRI IDRISI H  
Gynécologue - Obstétricien  
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achtar  
Rés. Ribh, 3<sup>e</sup> Etage - Casablanca  
Tél: 0522 25 10 15 - Gsm: 06 62 22 48 82

Dr. OUDRHIRI IDRISI H.

REÇU LE : 26/05/2023  
EDITE LE : 28/05/2023

**NOM & PRENOM : KABBAJ KAMELIA**  
**PRESCRIPTEUR : Dr. OUDRHIRI IDRISI HICHAM**  
**AGE : 33 ans**  
**Code Patient : 113404**  
**N/REF : 30526591**  
**ORGANE : FROTTIS DU COL**

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCV

#### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Frottis en milieu liquide selon la technique Prepstain

- Qualité du frottis :  
Très bonne qualité.

- CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA :  
Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis étudié après cytocentrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide montre une cellularité adéquate faite de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléocytoplasmique. Le fond est ponctué de rares polynucléaires neutrophiles.

Il est également retrouvé des cellules endocervicales régulières isolées ou en amas.

Il n'est pas noté de signes cytologiques d'infestation virale ou de signes de dysplasie.

#### CONCLUSION :

- Frottis cervical normal.  
- Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE  
**Pr. Amal BENKIRANE**  
Anatomo-Pathologiste  
Centre de Pathologie Casapath  
5, Rue des Hôpitaux Rés. du parc Casablanca  
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax: 05 22 22 14 24



# CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 003224214000036 IF 40204512

## FACTURE

REF : 23/06936

Date de facturation 26 / 05 / 2023  
Médecin traitant Dr. OUDRHIRI IDRISI HICHAM  
Patient KABBAJ KAMELIA - 113404  
Demande **C30526591 - 26/05/2023**

### Liste des examens

FROTTIS

	Total	300,00	Dhs
<b>coefficient-P</b>			273

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

TEL: 0522 22 13 46 - Fax : 0522 22 14 24  
6, Rue des Hôpitaux - 1er étage - Casablanca  
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
Dr. OUDRHIRI IDRISI HICHAM