

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 : 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'He  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-012690

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4976 Société : R.A.M.I.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 170197  
 Nom & Prénom : HAFID Abdallah  
 Date de naissance : 11/06/1964  
 Adresse : El outfa - Casablanca  
 Tél. : 0664162459 Total des frais engagés : 838,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. BERRINCO  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé à Paris V  
39, Rue Omar el Moukri Casablanca  
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 06/06/2023  
 Nom et prénom du malade : OBRIR Amal Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Gynécologique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 Le : 07/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
06/06/2023	G + EcRo		200	
			300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

06/06/2023 38,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

07/06/23 B245 300 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

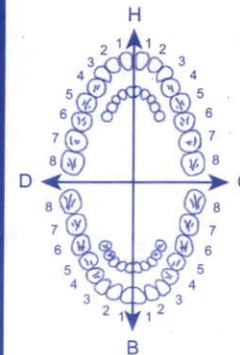
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

قيادة التوليد وأمراض النساء

## Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو

Dr. Najib OUAJJOU

الدكتور عبد الجواد برنون

Dr. A. BERRANNOUN

**Note d'honoraires N° : 273**

A la suite de la consultation du 06-06-2023

Dr. A. BERRANNOUN médecin spécialiste présente à M. C. B. R. A. m. a. l.

Domicilié(e) \_\_\_\_\_

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme

de : 300,00 Dhs, réglée : ☒ Espèces, ☐ Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

**Dr. A. BERRANNOUN**  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél : 05 22 40 70 05 / 05 22 47 29 57

Casablanca, le 01-08-2023

39, زنفة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 05 22 47 29 57 / 05 22 40 70 05  
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 40 70/ 05 22 47 29 57

INPE : 091033282

INPE : 091116160

E-mail : drsnoab@gmail.com

Patente : 34200818 - IF : 1051255 - ICE : 001653085000091 - CNSS : 4498269



ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE de 06.06.2023

NOM: Mme. OBRIR Amel.

AGE :

DDR :

TECHNIQUE :

INDICATION :

UTERUS :

Position : Retournée

Taille :

Long. :

Larg. :

Antéro-postérieur :

Contours : Régulier

Echostructure : Homogène et myo interne d'hy

Endomètre : fm de 2 cm

CAVITE UTERINE :

OVAIRE DROIT :

Echostructure : NG

CFA :

Taille : \_\_\_\_\_

OVAIRE GAUCHE :

Echostructure : NG

CFA :

Taille : \_\_\_\_\_

DOUGLAS :

Gps

CONCLUSION :

**Dr. A. BERRAMOU.**  
Gynécologue Accoucheur  
Dip.ôm. de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél : 0522 22 40 70 0522 17 20 F

# عيادة التوليد وأمراض النساء Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

## ECHOGRAPHIE



NOM : Mme OBRIR  
PRENOM : Amal  
DATE : 06.06.2023

عيادة التوليد وأمراض النساء

## Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 06/06/2023

### OBRIR AMAL

- YMEA  
1 Gélule, matin, soir
- Eucarbon - comprimé  
2 comprimés, matin, soir
- Polygynax - capsule vaginale  
1 Capsule vaginale le soir 12 jours

38,30

105

MAPHAR  
POLYGYNAX 6 capsules vaginales  
Bd. Alkima No. 6, O-Sidi Bernoussi,  
Casablanca / Maroc  
P.V. : 380410



6 118001 182015

صيدلية حي الويام  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASA - Tél: 05 22 91 17 31  
INPE 092030949

DR. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél: 05 22 91 17 31 / 06 61 32 11 38

39, زنفة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 06 61 32 11 38 / 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 29 40 70 / 05 22 47 29 57 / 06 61 32 11 38

E-mail : drsnoab@gmail.com



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022.22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 07/06/2023

**Facture N° 370789**

N° D'ANA-PATH IDAPIW2

NOM PRENOM

OBRIR

AMAL

ADRESSE PAR :

DR BERRANNOUN

ORGANE

UTERUS-COL.

COTATION B

245

COTATION K:

TOTAL DH :

300

**Cachet et signature :**

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerktouni 5eme Etage  
Casablanca  
Patente : 34206318  
N° 2294015 - ICE : 001502419000087



# مختبر شحرازاد

## LABORATOIRE SCHEHERAZAD

### CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - 0666.02.86.31 - الدار البيضاء 5 - شارع الزركطوني الطابق 5  
Fax : 05 22.47.55.73 - E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

ADAPAW2  
17h

#### DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 06.06.2023  
Médecin prescripteur : A. BERRANOUJ  
Nom du patient : Mme. OBRER  
Nom de jeune fille :  
Adresse :  
Référence N° :  
N° Tél :  
Prénom : Amal  
Date de naissance : 19.07.1970  
N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extemporane ☐

Siège, organe ou tissus :  
Examens antérieurs :  
Renseignements cliniques & paracliniques :  
Patente : 001502419000007

Frottis de dépistage : Vagin ☒ Exocol ☒ Endocol ☒ Endomètre ☒

- Date des dernières règles : 21.06.2023

- Parité : II

- Traitement hormonal : Neut

- Test au Lugol :

A. BERRANOUJ  
Médecin Prescripteur  
Signature & Cachet



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerktouni 5<sup>ème</sup> étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax: 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com  
INPE: Lab: 091070078/ Med.: 093002921 - ICE: 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

**DR BERRANNOUN**

Pour

Mme OBRIR AMAL

Age : 53 ANS  
Référence : 1DAP1W2  
Parvenu : Le 07/06/2023  
Répondu : Le 08/06/2023  
Organe : UTERUS-COL.  
2 P ;  
Prélèvement intitulé exo et endocol.

### **- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -**

\*\*\*\*\*

#### MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin parvenu effectué en phase liquide, à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche.

#### QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est de qualité satisfaisante.

#### CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes.

#### CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- \* cellules malpighiennes exocervicales intermédiaires et parabasales
- \* cellules endocervicales d'aspect normal

#### FLORE MICROBIENNE

Flore mixte sans agent pathogène pouvant orienter vers une inflammation spécifique.

#### **CONCLUSION:**

- Inflammation cervicale sans signe de spécificité;
- Sub-atrophie;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

Très confraternellement,

**DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.**

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage  
20140 - Casablanca  
Patente : 34206518 - I.F.: 41807041  
CNES : 229 0015 - ICE : 001502419000087