

## 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

- 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.

N° W21-798899

PA 4352

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

93.10

Société : CAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAOUQUI MUSTAPHA

Date de naissance :

03/04/1971

Adresse :

HAY MOULAY ABDELLAH, RNE 160, N° 79 AN CHOK CASABLANCA

Tél. :

0663.29.58.40 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Valérie SABLIVYROLLES VENHOUR  
Gynécologie Obstétriques  
Rés. Hicham Bd. Abdelmoumen  
Angle Abou Marcoune - Casablanca  
Tel: 05 22 86 45 75  
ICE : 001673471 0050

Date de consultation :

15/06/2023

Nom et prénom du malade :

ASMAA FARISS

Age : 40

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

CASA

Le : 05/09/2023

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
15 JUIN 2013	G	250	250	INR : 09162420 Dr. [Signature]
15 JUIN 2013	K 3	50	50	Dr. [Signature]

cerne Verbal

### EXÉCUTION DES ORDONNANCES

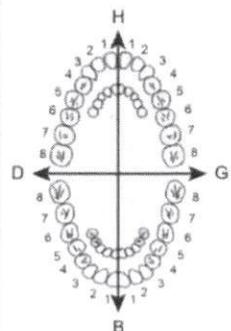
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19.06.13	23 H	200.00

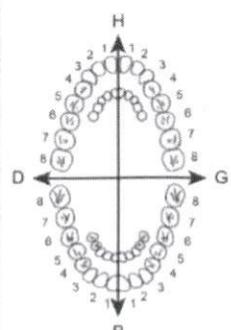
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET 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 TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Dr. Lamia 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 : ..... *FARISSA Ameen*

Age : ..... Sexe : .....

Date de prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

*Symptomatique*

Organe prélevé : .....

Nature de l'acte réalisé : .....

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

FCV :  Vagin  Exocol :  Endocol : .....

Date des dernières règles : ..... Parité : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : .....

Signature & Cachet

**RECU LE : 19/06/2023**  
**EDITE LE : 20/06/2023**

**NOM & PRENOM : FARISSI ASMAA**  
**PRESCRIPTEUR : DR BENNOUNA CATHERINE**  
**AGE : - ans**  
**Code Patient : 115152**  
**N/REF : 30619341**  
**ORGANE : FROTTIS DU COL**

#### **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Systématique

#### **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 un fond riche en polynucléaires neutrophiles avec la présence de quelques lactobacilles. La cellularité est adéquate faite de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléo cytoplasmique.

Il est également retrouvé des cellules endocervicales régulières sous forme de cellules isolées dispersées.

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

#### **CONCLUSION :**

- Frottis cervical modérément inflammatoire.
- 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-Réa, au 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 : 23/08328

Date de facturation 19 / 06 / 2023  
Médecin traitant DR BENNOUNA CATHERINE  
Patient FARSSI ASMAA - 115152  
Demande C30619341 - 19/06/2023

### Liste des examens

FROTTIS

	Total	200,00	Dhs
coefficient-P			182

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

6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc  
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
Téléphone N° 0522 22 13 46/66  
Fax : 0522 22 14 24