

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



Déclaration de Maladie

M22- 0022974

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197 Société : 174466
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : REDOUANI - BATHJA
Date de naissance : 09/07/1959
Adresse : 11, Rue HARMONIE 2 Mars 2023
Tél. : 066144863 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2023
Nom et prénom du malade : REDOUANI BATHJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Sedum
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 : CASABLANCA Le : 04/08/2023
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
01/08/23	C	-	200 DH	Dr. Soumaya SAKH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LABORATOIRE SCHEHERAZAD 20140 - Casablanca Patente 34206518 - I.F.: 41807041 C.N.S.: 2294015 - I.C.E.: 001502419000487	23/08/23	320 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

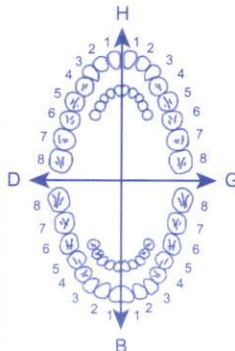
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

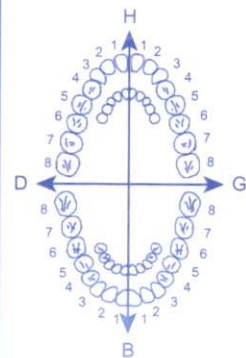
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>	
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 23/08/2023

Facture N° 372907

N° D'ANA-PATH IDAH4W

NOM PRENOM REDOUANI

BAHIJA

ADRESSE PAR : DR SAATI SOUMAYA

ORGANE UTERUS-COL.

COTATION B 245

COTATION K: 2

TOTAL DH : 320

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage
20140 Casablanca
Patente : 34206518 - I.P. : 11707041
CNS : 2294015 - ICE : 00150241900008

Dr.SAATI SOUMYA
Medecine Générale
ECHOGRAPHIE



الدكتورة سميرة
الطب العام
الفحص بالصدى

Casablanca, Le :

04/08/93

REDOUNI Batija

ADAH4W

Frédéric Cécile

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage
20140 - Casablanca
Patente : 34206518 - T.F. : 41807041
CNS : 2294015 - ICE : 001502419000087

Dr. Soumaya SAATI
Medecin Générale
55, Bd. Zerkouni - Boulogne
2ème Etage - Casablanca
Tél : 05 22 27 13 00



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerktouni 5^{ème} 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 SAATI SOUMAYA

Pour

Mme REDOUANI BAHJA

Age : 64 ANS
Référence : 1DAH4W
Parvenu : Le 23/08/2023
Répondu : Le 25/08/2023
Organe : UTERUS-COL.
Ménopausée ;
OG. ;
ATCD de néo du sein : traitement chirurgical conservateur + chimiothérapie
arrêtée il y a 1 an ;
Frottis du col.

- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -

MATERIEL EXAMINE

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

QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est hémorragique et microscopiquement lysé ;

CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA : ASC-US

* Présence de cellules malpighiennes dotées d'un noyau hypertrophique et hyperchromatique entouré d'un cytoplasme plus foncé pour lesquelles un contrôle est souhaitable.

CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : peu élevée

Type de cellules retrouvées :

* cellules malpighiennes parabasales et surtout basales

* cellules endocervicales non identifiées (lysées ou ascension de la ligne de jonction ??)

FLORE MICROBIENNE

Flore mixte

CONCLUSION:

- Frottis atrophique et hémorragique avec présence de légères dystrophies nucléaires malpighiennes dont l'origine ne peut être précisée (lésions de type ASCUS) :

- Un contrôle après traitement est recommandé.

Très confraternellement,

DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerktouni, 5ème Etage
20140 - Casablanca
Tél.: 05.22.22.69.88 - Fax: 05.22.20.51.17
E-mail: labocasa2@gmail.com
INPE: Lab: 091070078 - Med.: 093002921 - ICE: 001502419000087