

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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° W21-786180

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12824

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSI Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

A 89799

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2023

Nom et prénom du malade : HASSI YOUSSEF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfan

Nature de la maladie : Affection gynéco logique

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/10/2023

Autorisation CNPD 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
08.10.2023	consultation	15	15000	08.10.2023. paiement effectué
08.10.2023	consultation	15	15000	08.10.2023. paiement effectué

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

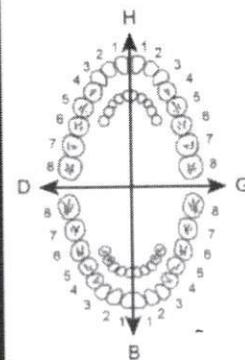
#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>BENIC</i>	<i>11/12/23</i>	<i>P990</i>	<i>3000DH</i>

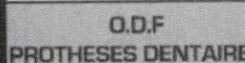
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

**VIOLET ADHERENT**

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



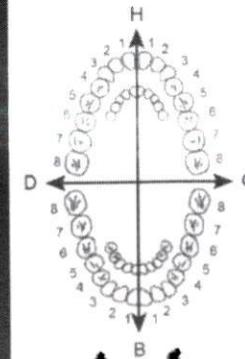
SOINS DENTAIRES



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leila BENKIRAN

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : HASSI YOUSRA Mr  Mme  Mlle  ENF

Age : 34 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement : col

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocoll  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles : Phase Périodale / ALLAITANT

- Traitements éventuels :

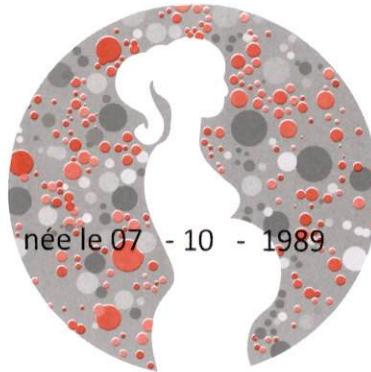
Renseignements cliniques et paracliniques :

FCV de dépistage

Radiographies :

Date : 08.12.2023 Signature :

Suivi de grossesse à Casablanca le 07/12/2023 haut risque  
Accouchement  
Echographie Gynécologique et Obstétricale  
Chirurgie Gynécologique  
Coelioscopie Patiente Mme HAJJA OUBSRAPIE  
Maladies et Cancer du sein  
Ménopause  
**Anamnèse :**  
Infertilité du couple  
Age : 34 ans



رعاية و مراقبة الحمل  
التوليد  
الفحص بالصدى الصوتي  
جراحة أمراض النساء  
التشخيص والجراحة بالمنظار  
جراحة أمراض وسرطان الثدي  
سن اليأس  
العقم للزوجين

Gestité : II

Parité : II - 1 EV / - VOIE BASSE 2019 à 37SA /DG SOUS REGIME - PN 2500g

1 EV / - VOIE BASSE LE 02/10/2023 à 39 SA - PN 2845 g

ATCD : RAS

TA : 12/7

Groupage : A+

Examen pratiqué sur un GENERAL ELECTRIQUE VOLUSON S8, équipé de sondes électroniques linéaire et convexe 3 D ET 4 D, de sonde endovaginale, et d'un doppler couleur mis en service en OCTOBRE 2020.

Les conditions de l'examen étaient bonnes .

Phase du cycle : PHASE LUTEALE

#### ECHOGRAPHIE PELVIENNE/ Voie SUS PUBIENNE :

Vessie semi pleine.

Utérus de taille normale, d'écho structure homogène et de contours réguliers.

Ligne intracavitaire hyperéchogène fine en place.

Endomètre d'épaisseur normale, homogène et régulier.

Echostructure du myomètre homogène. Absence de structure myomateuse.

Ovaire droit folliculaire de siège habituel, de taille et d'échostructure normales.

Ovaire gauche bien individualisé .De même aspect échographique. Situé en position latéro utérine habituelle.

Absence de masse annexielle.

Absence d'épanchement au niveau du douglas.

#### Conclusion :

Echographie pelvienne d'aspect normal.

Absence de masse annexielle. Absence d'épanchement.

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET  
Gynécologue Obstétricienne  
60, Rue Nablousse - Marif - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 18 54

**Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET**

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Accouchement

Echographie Gynécologique et Obstétricale

Chirurgie Gynécologique

Cœliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie

Maladies et Cancer du sein

Ménopause

Infertilité du couple



**الدكتورة ليلية حمومي شوقي**

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

رعاية و مراقبة الحمل

التوليد

الفحص بالصدى الصوتي

جراحة أمراض النساء

التشخيص و الجراحة بالمنظار

جراحة أمراض و سرطان الثدي

سن اليأس

القلم للزوجين

### Ordonnance

Casablanca le : 08/10/2023

Mme/Mlle :

الدار البيضاء في :

HASSI YOUSRA

### NOTE D'HONORAIRE

NOM : HASSI .....

PRENOM : YOUSRA .....

EPOUSE : HABSOUK .....

DATE DE NAISSANCE : 08/10/2023 .....

CONSULTATION GYNECOLOGIQUE : 300 DHS

ECHOGRAPHIE PELVIENNE / OBSTETRICALE : 300 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 600 DHS

# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujitate, N°18, 2ème étage. Bourgogne  
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

## F A C T U R E

N° : 2312111551  
Du : 11/12/2023

Nom patient : Mme HAJJI YOUSRA

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
FROTTIS MONOCOUCHE	290	300,00
Total		300,00

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

BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14 Bd Ain Taoujitate N°18 2ème Etage  
Tél : 022278548 Fax : 022278564



# مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leila BENKIRAN

**Nom et prénom :** Mme HAJJI YOUSRA

**Age :** 34 ans

**Prescripteur :** Dr. HAMOUMI LILIA

**N° Anapath :** 2312111551

**Date réception :** 11/12/2023

**Nature du prélèvement :** frottis cervicovaginal en monocouche

**Renseignements cliniques :** phase luteale. Allaitante. FCV de dépistage.

Casablanca, le 18/12/2023

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### TECHNIQUE MONOCOUCHE :

Qualité du frottis : optimale.

Diagnostic descriptif :

1) Evaluation hormonale :

Bonne trophicité.

2) Microbiologie :

Inflammation légère à modérée avec polynucléaires plus ou moins altérés sans agent mycélien ou parasitaire identifiable.

3) Modifications réactionnelles :

Méplasie malpighienne mature. Parakératose. Cellules vacuolaires.

4) Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires normales.

5) Cellules glandulaires :

Sans.

### CONCLUSION :

**Frottis cervical jonctionnel, légèrement à modérément inflammatoire, sans signe de dysplasie ou de néoplasie.**

Dr Benkiran Leïla

Leïla BENKIRAN  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14 Bd Aïn Taoujlate - 4<sup>e</sup> étage - 2<sup>ème</sup> Elaga  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64