

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hopital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-592422

AG0263

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 44443

Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : 17204 ARH 62 YOKATA

Date de naissance : 02-10-61

Adresse :

Tél. : 0671010084 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Dr. Catherine SADLAIRYLOVSKA OGBIYUW
Gynécologie Obstétriques
Rés. Hicham Bd. Abdelmoumen
Angle Abou Marouane - Casablanca
Tél. : 05 22 86 45 75
ICP : 001612471000050

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 12 JAN 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Dra

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le paiement des Actes
1/01/2012	53	1	250	NP : 09/12/2012 Ch. 45 Signature : [Signature]

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de radiologie Sénégalaise CASAPATH 6, Rue des Hippocrates 1er Etage République du Sénégal</i>	<i>18/10/2011</i>		<i>20000</i>

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Dr Catherine SABLAYROLLES BENNOUNA

Gynécologie - Accouchements

Diplômée de la faculté de médecine De Poitiers

Ancienne Interne des Hôpitaux de Poitiers

Diplômée en Echographie

Diplômée en Stérilité

Colposcopie

الدكتورة كاثرين سابلرول بنو

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

خريجة جامعة بواتي بفرنسا

Casablanca, le

14 OCT. 2004

M' WAKIDI Nehan

- DIFAL 50 mg 1b/ct
i.s.g. dès le début de la
cervix (maximum 1g/1j)
- DOUPRAME cr 1g 1b/ct
1cr x 3
- REPADINA 1丸 le mat &
repetit

Dr. Catherine SABLAYROLLES BENNOUNA

Gynécologie Obstétriques

Résidence Hicham - Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek

1er Etage - Casablanca 20360 Tel : 05 22 86 46 75

Tel : 06 22 86 46 75

ICE : 001613471000050

Dr. Lamia JABRI

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



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPECIALISEE
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 : *WAHIDI*

Age : Sexe : *Nahanim*

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Systématisé

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

Dr. Catherine SABLAYROLLES BENNOUANA
Gynécologie Obstétriques
Rés. Hicham Bd. Abdelmoumen
Angle Abou Marouane - Casablanca
Tél : 05 22 86 46 75 / 05 22 13 46 166 - Fax : 05 22 22 14 24
GSM : 06 60 30 04 09 / 06 66 24 86 98

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca, Maroc

GSM : 06 60 30 04 09 / 06 66 24 86 98 - Tél. : 05 22 22 13 46 / 05 22 22 14 24

E-mail : labocasapath@gmail.com

Dr. Amal BENKIRANE

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



CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

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

RECU LE : 18/10/2023
EDITE LE : 19/10/2023

NOM & PRENOM : WAHIDI MAHASIN-
PRESCRIPTEUR : DR BENNOUNA CATHERINE
AGE : - ans
Code Patient : 122260
N/REF : 31018782
ORGANE : FROTTIS CERVICAL

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

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. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI

Anatomopathologiste

Centre de Pathologie Casapath
6, Rue des Hôpitaux Résidence 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 : 23/13274

Date de facturation 18 / 10 / 2023
Médecin traitant DR BENNOUNA CATHERINE
Patient WAHIDI MAHASIN- - 122260
Demande **C31018782 - 18/10/2023**

Liste des examens

FROTTIS

	Total	Dhs
coefficient-P	200,00	182

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

Centre de l'Pathologie Spécialisée CASABLANCA
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du parc
1er Etage - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com