

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10244	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL AROUSSI ASMAA			
Date de naissance : 19.06.1972			
Adresse : 9 R 4 Inne 1 Ain chokh Casablanca			
Tél. : 0676670747 Total des frais engagés : 300 + 200 + 300 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr Iham BENAÄBDEL GYNECOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE Bd. Al Qods Rés. Safaa Imm. 403, 1er Etage N°8, Hay Chrifa Ain Chok - Casablanca Tél: 05.22.52.37.73 - ICE : J01917290000.3			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EL Aroussi chehadjji Afman Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sanglier gynécologique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 AVR. 2021			
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 : **19 / 6 / 24**
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/10/2024	5		200 DH	INP : 0012345678 Dr. Iham BEN ABBAS GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE Bd. Al Qods Rm. 303, 3ème étage, 403, 1er Etage Hay Chirifa An Chok - Casablanca Tunisie ICP : 0011172900030.3

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHRICHI SARL Bd. Al Qods, beira, Ain Chokh Tunis - H.P.C : 092040421 Tél : 03 22 82 40 29	23/1/24	125,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 DR P. GASTRANE Lyon 6ème CCIL Centre de Contrôle et d'Information sur les Radiographies 30-11-24	30-11-24	3000	

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H			
	25533412	21433552		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	00000000	00000000		
	D	G		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. Ilham BENABOUD

Ex Médecin Chef au Service de Maternité à l'hôpital SEKKAT

Gynécologue Obstétricien
Chirurgie Gynécologique - Accouchement
Stérilité du Couple (P.M.A)
Coeliochirurgie - Colposcopie
Maladies du Sein - Echographie
Homéopathe

الدكتورة إلهام بنعبد

رئيسية سابقاً لقسم الولادة بمستشفى السقاط
طبية

احترافية في أمراض النساء والتوليد

الجراحة النسائية - الولادة

عمق الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى والمجهر

العلاج بالأميوباتي

Casablanca, Le : 21/1/2012

(AS) Tcc Arousi Chentoufi
 ① colptrop 200 mg
 ② lifip 100 mg x 20
 ③ oxy mag 320 mg
 ④ 7/1/2012



Dr. Ilham BENABOUD
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE
 Bd. Al Qods Res. Safaa Imm. 403, 1er Etage
 N°5, Hay Chrifia An Chok - Casablanca
 Tel.: 05 2252 3773 - ICE: 05 1725 0033

شارع القدس تجزئة السكن الأنيق إقامة الصفاء عمارة 403 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 2252 3773

فونس : 06 61 36 00 69 - Email : benaaboudilham@hotmail.com - INPE : 091020537 - ICE : 001917290000033

Dr. Lamia JABRI

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

PPY



Dr. Amal BENKIRANE

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

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : *DR. LAMIA JABRI*
GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE
Bvd. Al Qods Rés Sefaa imm 403 1er étage
n°5 Hay Chirifa An Chok-Casablanca

Nom et prénom : *EL AROUSSI chentoufi Afmaa*

Age : *19 ans* Sexe : *F*

Date de prélèvement : *23/01/2014*

Renseignements cliniques et paracliniques :

FCV

Organe prélevé :

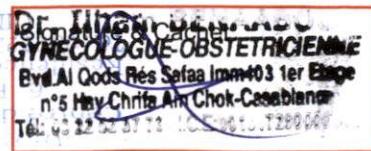
Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

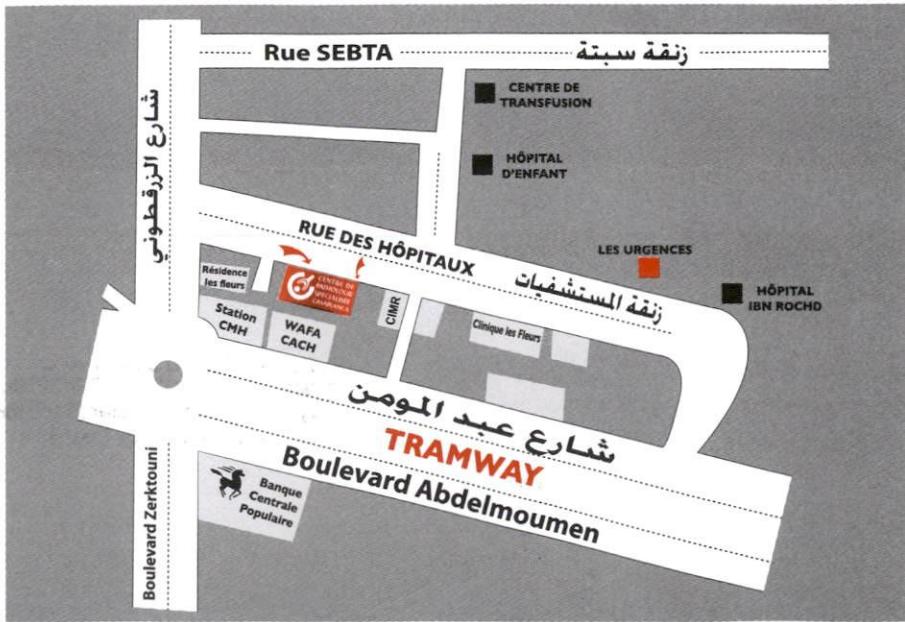
Thérapeutique antérieure ou en cours :



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 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24

E-mail : labocasapath@gmail.com



RECU LE : 30/01/2024
EDITE LE : 31/01/2024

NOM & PRÉNOM : EL AROUSSI CHENTOUFI ASMAA
PRESCRIPTEUR : Dr. BENAABOUD ILHAM
AGE : 52 ans
Code Patient : 128959
N/REF : 40130838
ORGANE : FROTTIS DU COL

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCV

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 comporte des cellules malpighiennes basales, parabasales et de rares cellules intermédiaires présentant soit une augmentation générale du noyau sans hyperchromatisme, soit des altérations cellulaires rassemblant des cellules pycnotiques, orangeophiles, des noyaux nus sur un fond granuleux plus ou moins inflammatoire.

Il n'est pas noté de microorganismes ni de signe de dysplasie.

CONCLUSION :

- Frottis atrophique.
- Pas de cellule suspecte de malignité identifiée.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE

Anatomo-Pathologiste
Centre de Pathologie Casapath
5, 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 : 24/01288

Date de facturation 30 / 01 / 2024
Médecin traitant Dr. BENAABOUD ILHAM
Patient EL AROUSSI CHENTOUFI ASMAA - 128959
Demande C40130838 - 30/01/2024

Liste des examens

FROTTIS

	Total	Dhs
coefficient-P	300,00	273,00

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

Centre de Pathologie Spécialisée
Casablanca
EL ACHGAR IMAD
GSM : 06..11.91.04.02
6, Rue des Hôpitaux, Résidence du PARC
1^{er} Etage - Casablanca