

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.



Déclaration de Maladie

ND: N° W19-554991
357021

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12957

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Bennani Nalika

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2189

Dr. Catherine SABLAROLLES BENNUANI

Gynécologie Obstétriques

Angèle 1300 Marouane - Casablanca

Tél : 05 22 86 46 75
Fax : 05 22 86 47 1000050

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

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'atté 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 :

Le :

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
22/07/2010	G	Q.M	INP : 0912212	<i>Catherine SABLAYROLLES BENNOUAN Gynécologie Obstétriques Anesthésie Rue Micham Bd. Abdelmoumen Casablanca 00163 Marouane Casablanca Montant de la Facture : 05 22 86 46 75 00163 22 86 46 75 1000050</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		00163 22 86 46 75 1000050

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/07/2010	PDS	1000.00

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

VOLET ADHERENT

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

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DÉBUT D'EXÉCUTION	
FIN D'EXÉCUTION	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXÉCUTION	

O.D.F
PROTHÈSES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

Dr. Amal BENKIRANE

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



Dr. Lamia JABRI

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

CASAPATH

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : *BENNANI*

Nom et prénom du patient : *Nalika*

Age : Sexe :

Date de prélévement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

*Typosc avec
Relevé HPV
Oncogen*

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 BENNAI
Gynécologie Obstétriques
Ras. Hicham 3d Abdelloumen
Angle Abou Marouane Casablanca
Tél : 05 22 86 46 75
01513471000050*





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 001624540000044

FACTURE

REF : 20/4591

Casablanca, le 23/07/2020

Date de facturation 23 / 07 / 2020
Médecin traitant DR BENNOUNA CATHERINE
Patient BENNANI MALIKA - 062653
Demande T00709897 - 23/07/2020

Liste des examens

TYPAGE

A Payer	1 000,00	Dhs
coefficient-P	909	

Arrêtée la présente facture à la somme de : UN MILLIER DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Pr. Amal BENNANI
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 Casablanca
Tel. 0522 22 13 46 - Fax 0522 22 14 24

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

RECU LE : 23/07/2020

EDITE LE : 28/07/2020

NOM & PRENOM : BENNANI MALIKA
PRESCRIPTEUR : DR BENNOUNA CATHERINE
AGE : 30 ans
Code Patient : 062653
N/REF : 00709897
ORGANE : FROTTIS DU COL

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Recherche d'HPV oncogène.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

**RECHERCHE QUALITATIVE D'ADN DE PAPILLOMAVIRUS HUMAINS GENITAUX
POTENTIELLEMENT ONCOGENES (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68)
PAR PCR EN TEMPS REEL**

TECHNIQUE: Real time PCR par technologie Taq Man Rotor Gene Qiagen.

RESULTATS: absence de détection d'un papillomavirus humain correspondant aux amorces et sondes utilisées.

CONCLUSION:

Absence de détection d'un papillomavirus humain.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Page 1/1