

# 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.

## Diagnostique 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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 065948

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4459 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Lmimouni Fouad

Date de naissance : 02-06-1959

Adresse : Benghmane BP 750

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. A. BERRANNOUN**  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V

Date de consultation : 17/02/2020 20. Rue Onor Slaoui Casablanca

Nom et prénom du malade : M. AMRANI Rachida Age : 58

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Leucémie

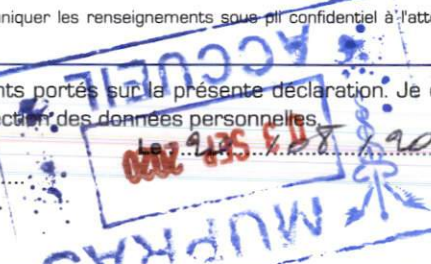
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

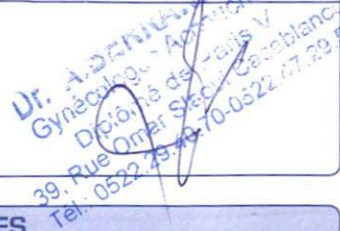
Fait à :

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
17/12/12	C2		cat	

# 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
	17/12/12	P. 245	300 Dh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

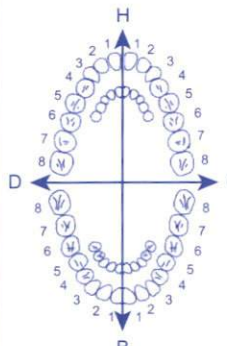
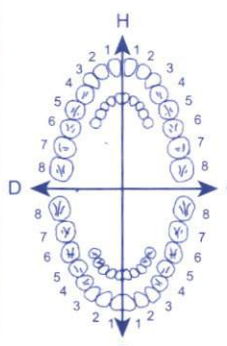
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مختبر شهرزاد

## LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 05 22.22.69.88/89 - Fax. : 05 22.47.55.73 - الدار البيضاء - 5 شارع الزرقطوني الطابق  
E-mail : labocasa@hotmail.fr

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

### DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

205H3mo  
m

Date du prélèvement : 17.8.2022  
Médecin prescripteur :  
Nom de patient : Fe  
Nom de jeune fille : Agnam  
Adresse :  
Référence N° :  
N° Tél :  
Prénom : Reine  
Date de naissance : 19.6.2  
N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extorpané ☐

Siège, organe ou tissus :  
Examens antérieurs :  
Renseignements cliniques & paracliniques :

Frottis de dépistage : Vagin ☒ Exocol ☒ Endocol ☒ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :  
- Parité : III  
- Traitement hormonal : Neut  
- Test au Lugol :

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Bd Zerkouni 5<sup>ème</sup> Etage  
20140 - Casablanca  
Tél : 34206518 - Fax : 34207041  
Patente : 34206518 - I.P. : 001502419000087  
CVSS : 229 1015 - Tél : 001502419000087

Dr. A. BERRANNOU  
Généraliste Accoucheur  
Faculté de Médecine de Paris V  
35 rue Omar el-Aouf Casablanca  
Tél : 34206522 47-29 5

Signature & Cachet



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerkouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 17/08/2020

**Facture N° 336489**

N° D'ANA-PATH	2DJH3M0	
NOM PRENOM	AMRANI	RACHIDA
ADRESSE PAR :	DR BERRANNOUN	
ORGANE	UTERUS-COL.	
COTATION B	245	
COTATION K:		
TOTAL DH :	300	

**LABORATOIRE SCHEHERAZAD** Cachet et signature :

4, Boulevard Zerkouni 5eme Etage  
20140 - Casablanca

Patente : 34206518 - I.F.: 41807041

CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087







# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerktouni 5<sup>ème</sup> étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.47.55.73 - E-mail: labocasa2@gmail.com - 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 BERRANNOUN**  
Pour  
**Mme AMRANI RACHIDA**

Age : 58 ANS  
Référence : 2DJH3M0  
Parvenu : Le 17/08/2020  
Répondu : Le 18/08/2020  
Organe : UTERUS-COL.  
3P ;  
Prélèvement intitulé exo et endocol.

### **- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -**

\*\*\*\*\*

#### MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin transmis réalisé en phase liquide et qui a été analysé en mono-couche

#### QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est de qualité optimale.

#### CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes

#### CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- \* cellules malpighiennes exocervicales intermédiaires et parabasales
- \* cellules endocervicales subissant une métaplasie malpighienne complète ;

#### FLORE MICROBIENNE

Flore mixte sans éléments infectieux pouvant orienter vers une inflammation spécifique.

#### CONCLUSION:

- Ectropion en métaplasie malpighienne mature ;
- Sub-atrophie cervicale;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

**LABORATOIRE SCHEHERAZAD**  
4, Bd Zerktouni 5ème Etage  
20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.47.55.73 - E-mail: labocasa2@gmail.com - ICE : 001502419000087  
DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.  
Patente : 1807041  
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087