

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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.

N° P19- 065948

Optique **38554**  Autres

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4459** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **LMIMOUNI Fouad**

Date de naissance : **07-06-1959**

Adresse : **Benslimane BP 150**

Tél. : **06.61.43.0065** Total des frais engagés : **300,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

29, Rue Ouled Slaoui Casablanca  
052 47 20 57

Date de consultation : **17/08/2020** Nom et prénom du malade : **M- AMRANI Rachid** Age : **58**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **hémorragie**

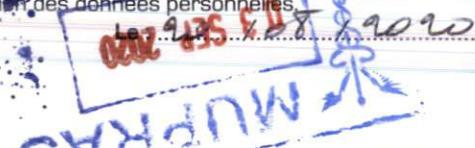
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **Le 23/08/2020**

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
17/08/2018 Dada	C2		600	Dr. A. DANILOV Gynécologue - Av. de la Diction de Jeanne V Orne Séc. Casablanca 19-08-2018

## 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
<b>LABORATOIRE SCHEHERAZAD</b> Boulevard Zerkouni 5ème Etage 20140 - Casablanca	AF 18/12/20	P. 245	3000 Dh
Patente : 34206518 - I.F : 41807041			
INSS : 2294015 - ICE : 001502419000087			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



منْتَبْر شهزاد

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINÉT MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, شارع الزرقطوني الطالبي 5 - الدار البيضاء - Tél. : 05 22.22.69.88/89 - Fax. : 05 22.47.55.73  
E-mail : labocasa@hotmail.fr

Docteur Schéherazad HASHCHADI - AGHZADI  
C.E.S d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Medecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

### DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 14.8.2022

Référence N° : .....

Médecin prescripteur : .....

N° Tél : .....

Nom de patient : Je

Prénom : Réclad

Nom de jeune fille : Agnan

Date de naissance : 19.6.2

Adresse : .....

N° Tél : .....

Type de Prélèvement : Cytologie  Biopsie  Curetage  Exérèse  Extemporané

Siège, organe ou tissus : .....

Examens antérieurs : .....

Renseignements cliniques & paracliniques : .....

Frottis de dépistage : Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles : .....

- Parité : III

- Traitement hormonal : Neonar

- Test au Lugol : .....

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage  
20140 - Casablanca  
Tél. : 05 22.22.69.88/89  
Fax. : 05 22.47.55.73  
Patente : 34206518 - T.C. : 001502419000087  
CNSS : 1291015 - T.C. : 001502419000087

Signature & Cachet  
Signature : Dr. B. K. A. R. A. N. N. O. U. N  
Cachet : Dr. B. K. A. R. A. N. N. O. U. N  
Signature : Dr. B. K. A. R. A. N. N. O. U. N  
Cachet : Dr. B. K. A. R. A. N. N. O. U. N



# 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 Seme Etage  
20140 - Casablanca

Patente : 34206518 - I.F. : 41807041

CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087

X



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 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'Academie 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 EXAMINÉ

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.

**DR HACHCHADI AGHZADI Sc.**  
Tres confraternellement,  
Patente : 2294015 - ICE : 001502419000087  
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087  
4, Bd Zerkouni 5<sup>ème</sup> Etage  
Casablanca  
Laboratoire SCHEHERAZAD