

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-491546

15198

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3610 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BASSAM MOHAMED

Date de naissance : 30/05/60

Adresse : —

Tél : 9288 Total des frais engagés : 950,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 Nove 2019

Nom et prénom du malade : HAKKI KHADJA Age : 48

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : CASABLANCA Le : 21 Nove 2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-491546

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter en cas de toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3610

Nom de l'adhérent(e) : BASSAM MED

Total des frais engagés : 950,60

Date de dépôt : 26/12/19

### 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.

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



# 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
01/12/19	Acte gratuit		300 DH 400 DH 700 DH	INP : 051091685

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/12/19	49,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/11/19		20,00 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, rement, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DATE DU DEVIS [ ]														
				DATE DE L'EXECUTION [ ]														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Mohamed ABOUTIKA

Gynécologue - Obstétricien

Diplômé de la Faculté de Médecine de Brest

Echographie et Médecin Fœtale

Chirurgie Gynécologique et Mammaire

Chirurgie Endoscopique et Hysteroscopique

Sérilité du Couple et Fécondation In-Vitro

Ex-Médecin Attaché au CHU de Brest et aux Hôpitaux de Bretagne

Ex-Chef de Service à la Polyclinique CHSS

الدكتور محمد أبو الثغر

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب بـ بـ

التخصص بالصين والصوتي وأمراض الجنين

جراحة أمراض الرحم والثدي

الجراحة بالمنظار الداخلي والرحم

المقيم الزوجين التلقيح الأنثوي

كصبيب سابقا بمستشفيات بـ

رئيس المصلحة بمصحات الضمان الاجتماعي

Casablanca, le

24/12/18

ORDONNANCE

M. HAKKI

Rhodye

49,60

Dure Pote (S)

Dose / seen

(15)

49,60

PPV: 49.60 DH  
LOT: 194/18  
EXP: 06/2022

Tél : 05 22 98 04 55 : الهاتف

Fax : 05 22 98 04 77 : الفاكس

GSM : 06 61 19 54 24 : المحمول

54, Rue Socrate - Résidence Sabah  
Maârif - Casablanca

54, زنقة سقراط - إقامة صباح

معاريف - الدار البيضاء

Courriel : aboutikamohamed@yahoo.fr / dr.aboutika@hotmail.com / dr.aboutika@gmail.com : البريد الإلكتروني

En Cas d'urgence GSM : 06 61 19 54 24 : في حالة الاستعجال



**Docteur Mohamed ABOUTIKA**

**Gynécologue obstétricien.**



091001685

NOTE D'HONORAIRES.

21 /11/2019.

Prie Mme. HAKKI Khadija. **Ep.BASSAM.**

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués

Et lui présente selon l'usage sa note d'honoraires

Pour :

**Consultation gynécologique : 300,00 dhs**

**Echographie Obstétricale : 400,00 dhs**

**700,00 dhs.**

Arrêtée la présente note à **sept cents** dhs.

Signature :





# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRISSE I

Dr Latifa BADRE - Pr Hicham EL ATTAR

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : Dr. ABOUTIKHA

Nom et prénom : HAKKI KHADJA MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : .....

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : .....

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Radiographies : .....

Date : 21/11/2015 Signature : .....



**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 22/11/2019

Nom & Prénom : HAKKI KHADIJA

N° d'examen : 1911C0127

Date réponse : 26/11/2019

## FACTURE N° 19/5733

Nature du prélèvement

Cotation

Montant TTC

FCV monocouche.

B206

201,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux cent un Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
My IDRIS I<sup>er</sup>  
86, Bd. My Idriss I<sup>er</sup> (Face à l'école  
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher  
20620 - Casablanca



**Docteur Mohamed ABOUTIKA**  
**Gynécologue obstétricien.**



091001685

Casablanca, le 21/11/2019.

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

**IDENTITE PATIENTE** : Mme HAKKI Khadija. Ep BASSAM.  
Née le 23/02/1957

**Indications** : - Trouble de cycle.

**Période d'examen** : Phase folliculaire.

**Résultat de l'examen** :

❖ **Utérus** :

- Situation : Rétroversé, rétrofléchi.
- Dimensions : Normales.
- Contours : Réguliers.
- Cavité utérine : Libre.
- Endomètre : Epais.
- Echostructure : Homogène.

❖ **Ovaires**

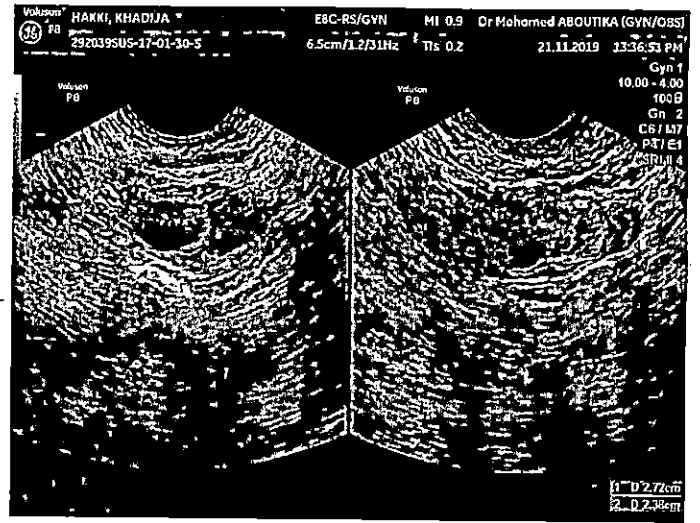
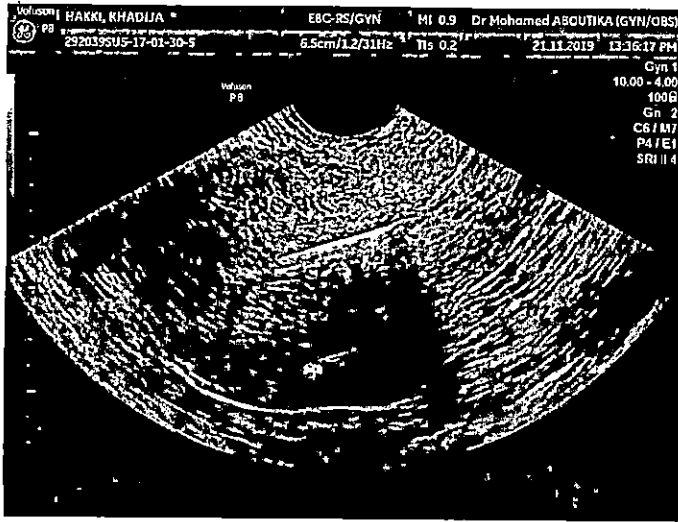
- Droit : Taille normale homogène et régulier.
- Gauche : Taille normale homogène et régulier.

❖ **Trompes** : Non visualisées.

❖ **Douglas et gouttières pariéto – coliques** : sont libre.

**Conclusion** : Echographie normale.









مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I<sup>er</sup>

Oncologie & Diagnostic du Maroc

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytologiste

Diplômée de la Faculté de

Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 22/11/2019

Date de réponse : 26/11/2019

Sexe : F

Age : 46 ans

N° d'examen : 1911C0127

Nom et Prénom : Mme HAKKI KHADIJA

Médecin traitant : Dr. ABOUTIKA

**Nature du prélèvement :** FCV monocoûche.

**Renseignements cliniques :**

### **COMPTE RENDU**

Le prélèvement examiné après cytocentrifugation et étalement montre un fond ponctué de polynucléaires neutrophiles, débris cellulaires et histiocytes, et renfermant une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel et intermédiaire. Les rapports nucléo cytoplasmiques sont conservés, et on note une légère hypertrophie nucléaire réactionnelle, mais avec une chromatine fine. Présence également de petits amas de cellules endocervicales normales.

**CONCLUSION :** - Frottis modérément inflammatoire.  
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. L. BADRE