

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

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

N° W19-582107

56089

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12560 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ATTOUNI SSAIT

Date de naissance : 23/11/87

Adresse : AEY Res. nouaceur. Pisc. nouaceur

Casablanca

Tél. : 06 45 71 91 31 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAYATE Chahinez Age : 30

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

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'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

Signature de l'adhérent(e) : JN

Le : 18-10-2021

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
01/01/2021	CHIRURGICAL		6000H	INP: 09111173864 INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

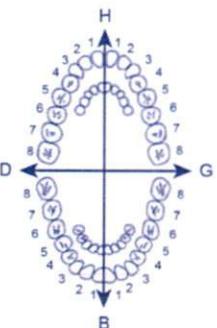
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

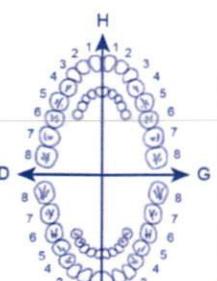
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Yaëlle Zafrani

الدكتورة زفراني يائيل

dr Zafrani

Cabinet de chirurgie gynécologique

Spécialiste en cancérologie du sein et du pelvis

Spécialiste en chirurgie de l'endométriose

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France

Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy à PARIS

Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon

Ancienne Assistante du Centre Oscar Lambret à Lille

Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

Ancienne externe de l'hôpital Necker à PARIS

Casablanca le: 04/01/2023

CUAVER mohamed

AM H

(Normal Anti multihorm)

M. ZAFRANI Cabinet Gynéco
Gynécologue Chirurgien de la femme
13 Bd Ain Taoujte 20050 Casablanca
Tél : 0522 430 430 06 70 019 966

S



A612560

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : Mr Mme Mlle ENF

Age : CHAYATE

Référence : Mahcine

Siège et nature du prélèvement : 30 ans

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : Folly Colposcopie ✓

Radiographies :

Date : Signature :

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujte, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

F A C T U R E

N° : 2101051222
Du : 05/01/2021

Nom patient : Mme CHAYATE MAHACINE

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
FROTTIS MONOCOUCHE	290	200,00
Total		200,00

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

DR. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
N°18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél : 022278548 Fax : 022278564

DOCTEUR DINA YABELLE ZAFRANI

Gynécologie Médicale et Chirurgicale

- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France
- Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy PARIS
- Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon
- Ancienne Assistante du Centre Oscar Lambret à Lille
- Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

Zone Copie
Ne PAS COPIER

الدكتورة زفراني يائيل دينا

الطب و جراحة أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب (ليل فرنسا)

ممارسة سابقة بم乎هد جوستاف روسو باريس

رئيسة سابقة بعيادة المستشفى الجامعي ديجون

مساعدة سابقة بمركز أوسكار لامبري (ليل)

مساعدة سابقة بمركز جورج فرانسوا لوكليرك في ديجون

Casablanca, le 4 Janvier 2021

COMPTE -RENDU D'ECHOGRAPHIE PELVIENNE DE Mme CHAYATE Mahacine le 04/01/2021
Indication: Douleurs pelviennes gauches? , endométriose connue, endométrioome ovarien droit opéré il ya deux ans

Utérus: - Antéversé, mesurant 59X29 mm
- myomètre: hétérogène, à contours réguliers

-Endomètre: hypoéchogène, aspect en grain de café, mesurant 4,6 mm dans le fond utérin.

Ovaire droit: -mesurant 27X13 mm Folliculaire sans kyste

Ovaire gauche:-mesurant 29X16 mm Folliculaire sans kyste

Douglas:
-libre

Conclusion: Echographie gynécologique sans particularité.

DR. DINA YABELLE ZAFRANI
Gynécologue Chirurgicale
13 Bd Ain Taoujte (en face Clinique Badr)
Bourgogne 20050 - Casablanca
Tél : 0522 430 430



26/12/2020 2^{ème} Copie

مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme CHAYATE
MAHACINE

Age : 30 ans

Prescripteur : Dr. ZAFRANI YAELLE

N° Anapath : 2101051222

Date réception : 05/01/2021

Nature du prélèvement : frottis cervicovaginal en monocouche

Renseignements cliniques : frottis de dépistage.

Casablanca, le 07/01/2021

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

TECHNIQUE MONOCOUCHE :

Qualité du frottis : optimale.

Diagnostic descriptif :

1) Evaluation hormonale :

Trophicité en rapport avec l'âge.

2) Microbiologie :

Inflammation légère à modérée avec polynucléaires plus ou moins altérés sans agent mycélien ou parasitaire identifiable. Flore de Doderlein + à ++.

3) Modifications réactionnelles :

Hémorragie + à ++. Métaplasie malpighienne mature. Noyaux nus de cytolysse + à ++.

4) Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires normales.

5) Cellules glandulaires :

Présence de cellules glandulaires endocervicales de morphologie régulière.

CONCLUSION :

Frottis cervical jonctionnel, hémorragique, et légèrement à modérément inflammatoire, sans signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr Benkiran Leïla

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd Aïn Taoujta N° 18 - 2^{ème} Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

0522.27.85.64 - بوركون - رقم 18 - الطابق الثاني - عين توجطاط - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.27.85.48 - الفاكس : 14

14, Bd Aïn Taoujta - 2^{ème} étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

E-mail : labpathologie.bourgogne@yahoo.fr