

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-555845

61834 CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10726 Société : ACCUEIL
☒ Actif ☐ Pensionné(e)
 Nom & Prénom : M. M. ELADFI
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06 61 21 47 95 Total des frais engagés : 600 + 218 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affet géméulog
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes : 26/02/2011
Natures des Actes : 600D14
Nombre et Coefficient : 1
Montant détaillé des Honoraires : 600D14
Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes : [Signature]

INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur : [Signature]
Date : 26/02/2011
Montant de la Facture : 218,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue : [Signature]
Date : 26/02/2011
Désignation des Coefficients : P272
Montant des Honoraires : 300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien : [Signature]
Date des Soins : [Signature]
Nombre : AM, PC, IM, IV
Montant détaillé des Honoraires : [Signature]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées : [Signature]
Nature des Soins : [Signature]
Coefficient : [Signature]

INP : [Signature]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Fœtale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hystérocopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعي أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء و الثدي

الجراحة بالمنظار - العقم و الإخصاب

23 FEB 2021

OUADI Fatima

PPU: 168,20 DM
LOT: 644837
PER: 12/21

168,20

Acyclovir 1g x 2

1g x 2frs

49,80

Flonid 500u

218,00 1g x 2frs

XENID Supp

1 supp x 2frs

LOT: 20037
PER: 08/2025

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

PPV 49DH80

118000060062

صيدلية شارع الدوحة
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
89 Bis Rue 2 Lot. Média Ain Chok
Casablanca - Tél: 05 22 50 15 30



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient **OUADI Fathe**

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin ☐ Exocervix ☐

- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعي أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء و الثدي

الجراحة بالمنظار - العقم و الإخصاب

Note d'honoraire

MADAME OUADI FATIHA

CASA LE 23/02/2021

_ CONSULTATION+ECHOGRAPHIE=600DH

Arrêter la somme de la facture de SIX CENTS DIRHAMS



Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Fœtale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعى أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر والفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء والنفدي

الجراحة بالمنظار - العقم والإخصاب

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Date : 23/02/2021

Nom & Prénom : OUADI FATHA

Opérateur : Dr ZARI Amal

Appareil : GE Voluson Type : E8 (Mise en service 06/2020)

Modalités d'examen: Voie endovaginale

-Utérus en situation antéversé antéfléchi de taille 78X44mm

-L'endomètre homogène

-L'ovaire droit de structure normal

-L'ovaire gauche de structure normal

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre. en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie end vaginale sans particularité


Dr ZARI Amal



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 27/02/21

Nom & Prénom: Mme OUADI FATIHA
Sur ordonnance du: Dr ZARI AMAL
Réf: 21C02420

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 26/02/21
Organe ou siège du prélèvement : Col utérin
Renseignement(s) clinique(s): FCU

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :
Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :

Bonne trophicité

2. Microbiologie :

Inflammation avec amas de leucocytes altérés et présence de coccobacilles de type Gardnerella vaginalis

3. Modifications réactionnelles :

Cytoplasme chargé de coccobacilles ou "cellules preuves"

4. Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires et parabasales normales

5. Cellules glandulaires :

Rares, cylindriques normales ou en métaplasie malpighienne mature.

Conclusion et recommandation :

- Frottis cervical inflammatoire avec présence de Gardnerella Vaginalis.
- Absence de signe de dysplasie ou de néoplasie.
- Contrôle cytologique indiqué à un an.

Dr Nouhad BENKIRANE

Dr. BENKIRANE Nouhad
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerktouni
Tél: 22 51 31 - 22 51 34
Fax: 22 51 31 - 22 51 34



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 01/03/2021

FACTURE N° : 21/03018

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

300,00 Dhs

TROIS CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **26/02/2021**

Pour **OUADI FATIHA**

Sur ordonnance du : **Dr ZARI AMAL**

