

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-625365

68507

PLI CONFIDENTIEL

|   |                                       |                                  |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                      | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                        |                                       |                                  |
| Matricole : 1784 Société : RETRAITE RAY               |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> Actif                        | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : CHARIQUI MOU LAER MOU LAER AGADIR      |                                       |                                  |
| Date de naissance : 1956                              |                                       |                                  |
| Adresse : 23 RUE 823 8 MASSIRA AGADIR                 |                                       |                                  |
| Tél. 022 300 852 Total des frais engagés : 1217,00 DH |                                       |                                  |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Dr. KAMAL SARJIDEN  
Gynécologue - Obstétricien  
mm. M1 Appt. 19 - 2ème Etage  
mm. Mily Abdellah - AGADIR  
Tél: 05 28 84 39 19

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AGHBALOU HAFIDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-625365

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

Matricule : 1784  
Nom de l'adhérent(e) : CHARIQUI  
Total des frais engagés : 1217,00

### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13 AVR. 2021    | 2                 | 100% 50%              |                                 | INP : DR. Kamal SARIDINE<br>Gynécologue - Obstétricien<br>Imm. M1 Appt. 19 -2ème Etage<br>Av. Mly Abdellah - AGADIR<br>Tél: 05 28 84 39 19 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE TOBKAL<br>74, Bd. Houdaoui Cité Massira<br>Agadir - Tél: 05.28.23.78.12 | 13/4/21 | 317,00                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date         | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|--------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Kamal SARIDINE<br>Gynécologue - Obstétricien<br>Laboratoire d'ANATOMIE<br>ET DE CYTOLOGIE SOUSS<br>N° 36, 4ème Etage Imm. Ifrane 3<br>Tél/Fax: 05 28 84 20 94 / 06 66 38 04 38 | 13 AVR. 2021 | 235                          | 350,00                 |
|  | 13/4/21      | 273                          | 300,00                 |

### 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.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

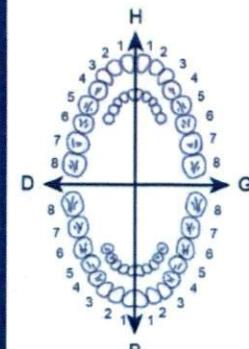
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INF : <input type="text"/>                   |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

### O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Dr. Kamal SARJDINE

Spécialiste en Gynécologie'obstétrique  
Accouchement - Chirurgie Gynécologique  
Stérilité du Couple - Maladies du Sein  
Echographie



# الدكتور كمال سارج الدين

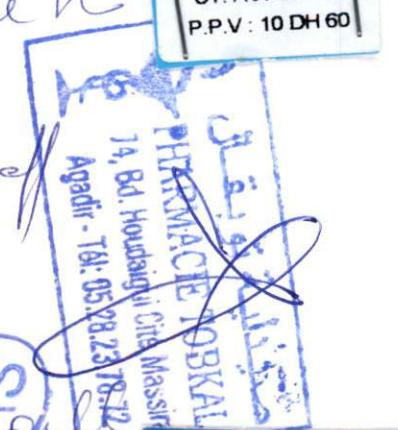
اختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي  
عمق الرؤوس  
الكشف بالأمواج فوق الصوتية

Agadir, le : 13 AVR. 2021

LOT: 2009001  
FAB: 09/2020  
EXP: 09/2023  
P.U.C: 123,00DH

Distribué par: ZENITHPHARMA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc  
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable  
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ  
P.V.: 96.40 DHS

LOT : 6332  
UT. AV: 01 - 24  
P.P.V : 10 DH 60



KANT LOT: 210041  
DLUO: 01/2024  
87,00DH

Dr. Kamal SARJDINE  
Gynécologue - Obstétricien  
M1 Appt. 19, 2<sup>o</sup> Etage  
M. Mily Abdellah - AGADIR  
Tel/Fax: 05 28 84 39 19

Dr SARJDINE KAMAL  
Diplome De Sterilite du couple (Paris)  
Procreation-Assistee : IAC-FIV-ICSI  
Ces De Gynecologie-Obstetrique  
Diplome De Coelio-Chirurgie  
Hysteroseptie-Echographie  
Chirurgie-Gynecologique  
Maladies Du Sein-Colposcopie  
ICE 001658392000071  
LD.F 40238417  
INP 041001082

AGADIR le

13 AVR. 2021

Note d'honoraires pour Mme :

..... AGM BALOU ..... HAFIDA

Consultation Gynécologique : **e2+FCV 250 DH.**

Echographie Pelvienne : **z 35 350 DH.**

Arrêtée la présente somme de **six cent dirhams**

Dr. Kamal SARJDINE  
Gynécologue - Obstétricien  
Imm. M1 Appt. 19, 2<sup>e</sup> Etage  
Av. My Abdellah - AGADIR  
Tél/Fax: 0528.84.39.19

Imm M1 App 19Av My Abdellah  
Agadir .Tel/Fax028.84.39.19

# Dr. SARJDINE Kamal

Imm. M1 - App.19 - 2eme etage - Av. Mly Abdellah -  
Agadir

Telephone: 0528843919

Fax:

Site internet:



**Nom:** M A GHALOU

**ID:** 20210412-224012-19EA

**Sexe:** Femme

**HAFIDA**

## Gynécologie

Date exam: 13/04/2021

Equipement utilisé: Mindray DC-70 Exp

### Gynécologie - 1 / 1 Page

#### Mesures 2D

##### Utérus

L UT:9.51cm

W Ut:1.36cm

H UT:5.11cm

Endo:29.8mm

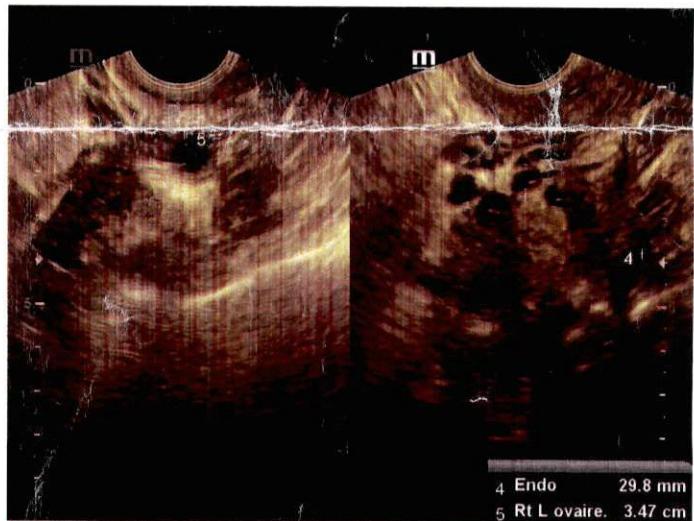
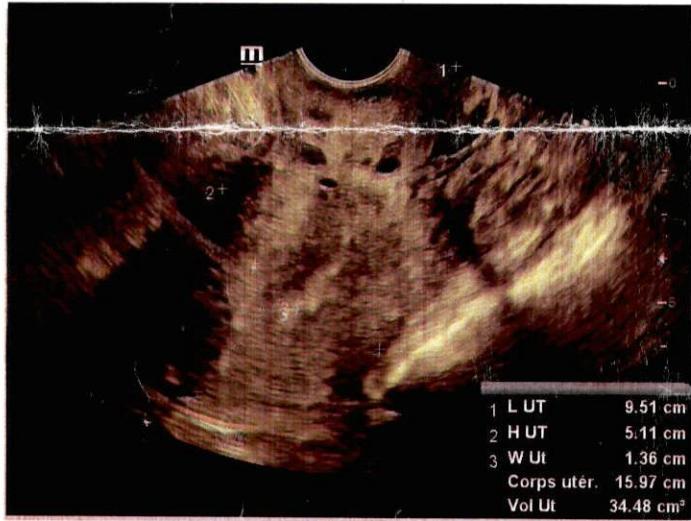
Vol Ut:34.48cm<sup>3</sup>

Corps utér.:15.97cm

##### Droite Ovaire

L ovaire.:3.47cm

#### Image ultrason



#### Comment.:

Echographie pelvique:

Uterus de taille subnormale, globuleux  
à paroi hétérogène  
Amincissement RAS

4c- Utérus aérogénous 8stahl

#### Signature:

Dr Kamal SARJDINE  
Immeuble APP 19, 2<sup>ème</sup> étage  
Av. Mly Abdellah - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

13/04/2021



- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaire
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-Pompidou
- Diplômé en néphropathologie de l'université Paris XI

- خريج كلية الطب و الصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
- اختصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

Date de réception : 13/04/2021 N° d'examen : C21221304  
Date de réponse : 14/04/2021 Nom et Prénom : AGHBALOU HAFIDA  
Sexe : F Médecin traitant : Dr. SARJDINE Kamal  
Âge : 52 ans

**- Histopathologie**

**- Cytopathologie  
Conventionnelle et en  
milieu liquide**

**- Examen extemporané**

**- Cytoponction d'organe**

**- Immuno-histochimie**

**- Immunofluorescence  
rénale et cutanée**

**- Néphropathologie**

**- Coloscopie**

**Nature du prélèvement :** FC en milieu liquide.

**Renseignements cliniques :** FCU de dépistage.

## COMPTE RENDU

- 1-Méthode de prélèvement :** Frottis en milieu liquide.
- 2-Type de prélèvement :** col.
- 3-Qualité du prélèvement :** satisfaisant.
- 4-Fond :** inflammatoire minime avec présence de rares polynucléaires neutrophiles souvent isolés.
- 5-Profil hormonal :** trophicité intermédiaire.
- 6-Cellules malpighiennes :** Cellules superficielles et intermédiaires sans anomalie. Cellules parabasales.
- 7-Cellules glandulaires :** Rares amas compacts et dissociés de cellules cylindriques de type endocervical d'aspect régulier.
- 8-Flore vaginal :** flore de Döderlein de densité conservée.

### CONCLUSION :

- Frottis cervico-utérin inflammatoire minime sur fond de muqueuse de trophicité intermédiaire.**
- Absence de lésion intra-épithéliale (Classification de Bethesda 2014).**

Signé : Dr. QAMOUSS OUADIE

• LABORATOIRE D'ANATOMIE  
• ET CYTOLOGIE SOUSS  
• Agadir 2021 - 04-01R  
• fax: 05 28 84 20 96 / 06 75 30 20 38  
• laboratoire.pathologie.souss@gmail.com



# مختبر التشريح المرضي سوس

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES SOUSS  
الدار البيضاء - المغرب - 10000 -

الدكتور وديع قاموس

Dr. OUADIE QAMOUSS

- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaires
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-pompidou
- Diplômé en néphropathologie de l'université Paris XI
- خريج كلية الطب والصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
- اختصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

Dr. Kamal SARJDINE

## DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du DR. :

Dr. Kamal SARJDINE  
Immeuble IFRANE 3  
Av. Mly Abdellah - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19

HAFIDA

- Mr, Mme, Melle, Enf :

1969

Date du prélèvement :

13 AVR. 2021

## HITOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE

- Organe :

- Nombre du prélèvement :

## CYTOLOGIE :

- Organe :

- Nombre du prélèvement :

\* FCV : Vagin  Exo  Endo  Couche - Mince

- Date des derniers règles :

- Mode de contraception :

- Traitement récent :

\* Autres cytologies :

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

F.C.V de dépistage

## QUESTIONS :

### EXAMEN ANT (Réf) :

Kamal SARJDINE

Dr. Kamal SARJDINE  
Médecin Généraliste - Obstétricien  
Immeuble IFRANE 3 - 4<sup>me</sup> étage - Agadir  
Av. Hassan II - Agadir - 29000  
Tél/Fax: 05 28 84 39 19  
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

N° 36, 4<sup>me</sup> Etage, Immeuble IFRANE 3 - Avenue HASSAN II - Agadir

Tél.: 05 28 84 20 96 / 08 08 42 63 97 / 06 75 30 20 38 - Fax : 05 28 84 38 41 - E-mail: laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES SOUSS  
مختبر التشريح المرضي سوس

**FACTURE**

REF : 21/1965

Agadir, le 13 / 04 / 2021

Date de facturation 15 / 04 / 2021  
Patient AGHBALOU HAFIDA - 091104  
Demande **C21221304 - 13/04/2021**

**Liste des examens**

|               | A Payer | 300,00 | Dhs |
|---------------|---------|--------|-----|
| coefficient-P |         | 273    |     |

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

LABORATOIRE D'ANATOMIE  
ET DE CYTOLOGIE SOUSS  
N° 36, 4ème Etage Imm. Ifrane 3  
Av. Hassan II - AGADIR  
Tel. Fax : 05 28 84 20 96 / 06 66 38 94 38  
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com