

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-626547

73 056

CA

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12 970

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZAKI Fatima Zahra

Date de naissance : 27/07/1990

Adresse : 87 El Hrouya Dzohamedia

Tél. : 06 68 10 42 78

Total des frais engagés : 700 Dhs

700

Cadre réservé au Médecin

Gynécologue Obstétricien

Résidence El Hamra Bd Mohamed V

Tel : 05 22 20 45 45

09 10 29 26 4

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2021

ZAKI Fatima Zahra

Age : 31 ans

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 : Rouacem

Le : 02/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-626547

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

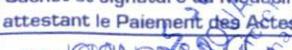
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
20 MAI 2021	(C)		210.10	INP :  

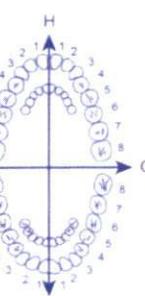
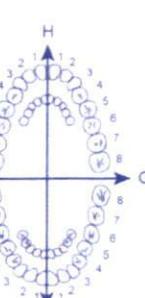
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PALESTINE ANDALOUSSY Samia Boulevard de la Palestine 3073 - Mohammedia	20/05/21	32,30

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Gachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
20 BAGÉE TESO	20/04/2012	100% 100%	3000

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.

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 de l'ODF												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				INP : <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"/>								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
		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"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Professeur Kamal EL MOUATACIM

Chirurgien Gynécologue Obstétricien

Accouchement - Stérilité du couple - Echographie Doppler couleur

Chirurgie Gynécologique - Chirurgie du Sein



الدكتور كمال المعتصم

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

التوليد - جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي

الشخص بالصدى - العقم والإنجاب الطبي

Mohammedia, le:

20 MAI 2021

A

Baki F.Z

32^{ème} Gymnase et
S.V

جامعة الزيتونة
PHARMACIE PALESTINE
ABBAD EL ANDALUSI
Tél: 05 23 32 30 73
111 BOUVARD DE LA PALESTINE
الحمد لله

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebza Casablanca
Gyno-povary 150mg lp ovule
P.P.V: 32,30 DH

6 116001 181261

Professeur KAMALE MOUATACIM
* Gynecologue Obstetricien *
Residence El Hamd Bd. Mohamed V
Mohammedia
05 23 32 64 64 INPE 091029264

اقامة الحمد جواد بنك المغربي للتجارة الخارجية - شارع محمد الخامس (فكيك) مقهى الفضول الأربعية - المحطة

Résidence El Hamd, Imm BMCE; Bd. Mohamed V (en face Café 4 saisons) Mohammedia

E-mail: elmouatacim@yahoo.fr - Tél.: 05 23 32 64 64/ 06 59.13 39 39 - Fax: 05 23 32 12 12



ECHOGRAPHIE

Date :

20 MAI 2021

Nom:

ZAKI

Prénom:

F-Z

Indication:

Alfix gémence

DDR:

UTÉRUS :

* Taille :

- Longueur :

- Largeur :

- Epaisseur :

* Contour :

* Situation :

* Myomètre :

longeur
largeur
épaisseur
contour
situation

ENDOMÈTRE :

- Ligne de vacuité :

longue
lignes et flèche

LES ANNEXES :

- Ovaire Droit :

max

- Ovaire Gauche :

lesde

LE CDS DE DOUGLAS :

écho mal

PROFESSOR KAMAL EL MOUATACIM
* Gynecologue Obstetricien *
Residence El Hamd, Imm BMCE; Bd. Mohamed V (en face Café 4 saisons) - Mohammedia
Tél.: 05 23 32 64 64 / 05 23 32 12 12 / 06 59 13 39 39
Tél.: 05 23 32 64 64 / INPE: 091029264

ZAKI F.Z

Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte 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

- FCV : Vagin Exocol

- CBE : Endomètre



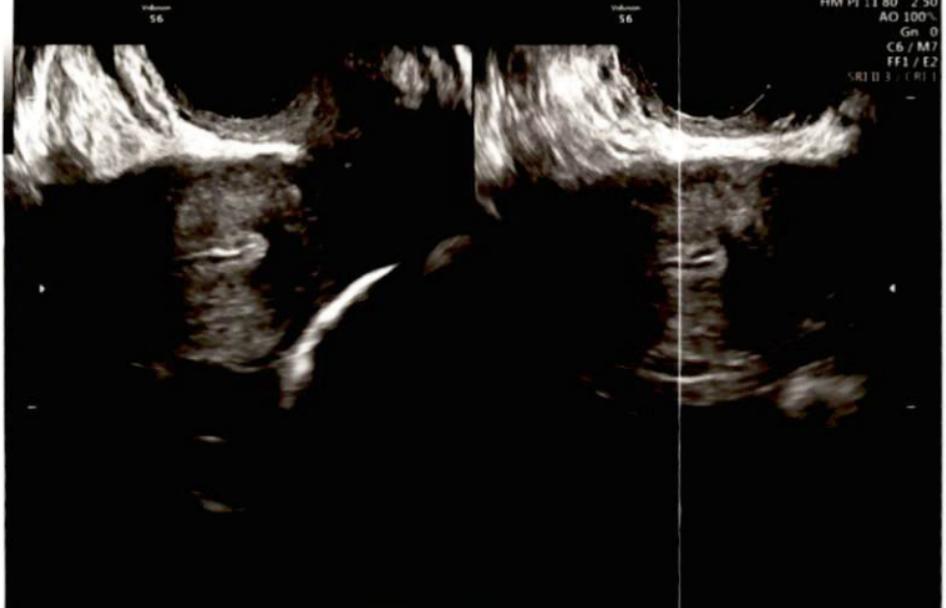
EL MARTES

VS6002819 21 05 20 4 GA=28sld

Professeur Kamal EL MOUATACIM

20.05.2021 12:15:39

Tls 0.2 RICS 9A RS
Tlb 0.2 GYN
MI 1.2 7.0cm / 1.2
180°/ 22Hz
Routine HI
HM PI 11.80 2.50
AO 100%
Gn 0
C6 / M7
FF1 / E2
SRI D 3 / CR1



VS6002819 21 05 20 4 GA=28sld

Professeur Kamal EL MOUATACIM

20.05.2021 12:15:21

Tls 0.2 RICS 9A RS
Tlb 0.2 GYN
MI 1.2 7.0cm / 1.2
180°/ 22Hz
Routine HI
HM PI 11.80 2.50
AO 100%
Gn 0
C6 / M7
FF1 / E2
SRI D 3 / CR1





Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 25/05/2021

Nom et prénom: MME ZAKI FATIMA ZAHRA
Sur ordonnance du Pr: EL MOUATACIM K.
N° d'anapath: 100ACL0521

Parvenu au laboratoire le 21/05/2021

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 31 ans

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement: Col utérin

Qualité du prélèvement: Optimale

Diagnostic descriptif:

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie: Inflammation (+)
Absence de parasite, de spore ni de filament mycélien
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, intermédiaires et parabasales normales
5. Cellules glandulaires : Peu nombreuses normales

Conclusion

- Frottis cervical **jonctionnel** inflammatoire (+)
- Absence de signe d'infection à HPV
- Bonne trophicité
- Absence de signe de métaplasie, de dysplasie ni de néoplasie

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 - Fax: 0522 44 52 30
GSM: 0661 32 20 02



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 21/05/2021

Facture N° 200481146
ICE: 001714931000007

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 DH

TROIS CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 21/05/2021

Pour MME ZAKI FATIMA ZAHRA

Sur ordonnance du DR: EL MOUATACIM K.

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 0661 32 20 02