

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

- 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 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° W21-627003

2152

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11958 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARBIL Zeine
 Date de naissance : 15/03/1977
 Adresse : 10, rue Abdelhak Ben Achyau
 Tél. : 0661143402 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/06/2021
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : EX GYNÉCO
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
29.06.21	FCV		350	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	29.06.21	96,404

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	29.06.21	ECHO	400
	15/06/21	Pes	300

AUXILIAIRES MEDICAUX

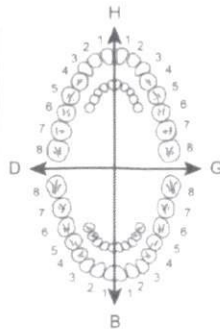
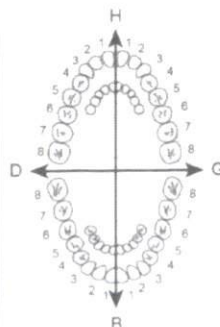
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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 []														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS []														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL KHADIME Amina

Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine

de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب
ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca

2206-21

M =

ALBIL

206-21

- Chirurgie
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

206-21

Elmezzine

S.V

Malek

206-21

صيدلية المدينة الخضراء
PHARMACEUTICALS
DR. M. EL AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
Ville Verte - Bousskoura - Tél.: +212 520 520 523

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

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

Docteur EL KHADIME Amina

Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine

de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب
ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le:

22/06/21

- Chirurgie
- Gynécologique
- Accouchement
- Echographie
- Médecine foetale
- Sénologie
- Stérilité du couple
- Coelioscopie
- Hysteroscopie
- Colposcopie

Recu de la SOMME

de 400 DHS

POUR ECHOG RAPIDE
gynecologique

Dr. EL KHADIME Amina
Gynécologue - Obstétricienne
Résidence AL Mawlid 2 - Rue Ibnou Katir
ESC B 1er Etage N° 20 Maarif Extension
Tél : 05 22 99 67 74 - Casablanca
Urgence : 05 22 99 77 73

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73



MAE 05
Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

Dr. EL KHADIME Amira
Gynécologue - Obstétricienne
Rue Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Katir
Madinat El Yasmine
Casablanca

De la part du Dr.

• Nom et Prénom du Patient

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 ☐

Exocol ☒

Endocol ☒

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 29/06/21

Nom & Prénom : Mme AKBIL ZAINA
Sur ordonnance du : Dr EL KHADIME AMINA
Réf. : 21C06344

Prélevé le : 22/06/21 et parvenu au laboratoire le : 25/06/21
Organe ou siège du prélèvement : Col utérin
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 43 ans
DDR : Fin mai
Parité : 2

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :

Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :
Bonne trophicité
2. Microbiologie :
Inflammation mais sans parasite, ni spore ni filament mycélien
3. Modifications réactionnelles :
Sans
4. Cellules pavimenteuses :
Superficielles, intermédiaires et parabasales normales
5. Cellules glandulaires :
Nombreuses, isolées sous forme de franges épithéliales ou en amas monocouches, cylindriques normales

Conclusion et recommandation :

Frottis cervico-utérin inflammatoire avec aspect en faveur d'un ectropion.

Absence de signe de dysplasie ou de néoplasie.

Contrôle cytologique indiqué à un an.

Dr Nouhad BENKIRANE



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 30/06/2021

FACTURE N° : 21/06944

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 **25/06/2021**

Pour **AKBIL ZAINA**

Sur ordonnance du : **Dr EL KHADIME AMINA**

**Laboratoire de Pathologie
du Centre**
52 Bd Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31 / 34
Fax: 0522 22 50 90

CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Dr EL KHADIME Amina

NOM: AKBIL

DATE:

22-06-21

PRENOM: ZAINA

DDR:

Indication:

DOULEURS PELVIENNES

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

Utérus:

situation: ANTEVERSE

taille: 66,7/49,6 mm

myomètre: HOMOGENE

endomètre: FIN

Ovaires:

droit: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES

gauche: GROS OVAIRE OVULATOIRE

Douglas:

LIBRE

CONCLUSION:

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE.

Dr. EL KHADIME Amina
Gynécologue - Obstétricienne
31er Etage - 2ème Rue Ibnou Kadir
1-05 22 85 71 - Casablanca



