

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M21- 068088

Par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11 USA Société : RYM (82096)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAILA SOUSSI ME NCDB HIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 68088

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

8888a

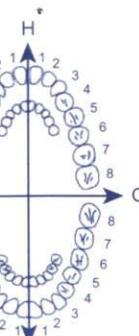
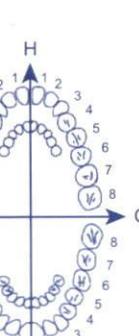
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | lcpnct@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | lpec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

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 s'assure de la confidentialité de vos données personnelles. Nous nous engageons à ne pas divulguer vos informations à des tiers.



N° W19-510537

par
com

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : MUSA		Société : ANM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Soussi MENGIST LALLA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 66 33 33 33 Total des frais engagés : 31			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. Mouna ORIDI LARAKI <i>Gynécologue - Obstétricienne</i> Angle Avenue Hassan II N°2 Hay Mohammadi Casablanca Tél : 05 22 63 63 67 </div>			
Date de consultation : 17/6/2021			
Nom et prénom du malade : Soussi Mengist Lalla Age : 31			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : polype du col.			
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 décide d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :
31 AOUT 2021

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-510537	
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 :	

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
11/11/2011			15000.00	Dr. MOHAMMED JARAH Gynécologue - Obstétricien Angle Avenue Alerte 12 Hay Mohammadi - Casablanca Tél : 05 28 63 63 67

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/21	95.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 L'LABORATOIRE DU CENTRE 52, Boulevard 2 octobre Tél: 0322 22 51 31 / 34 Fax: 0322 22 30 09	29/10/13	9545	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 essaie de préciser le dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

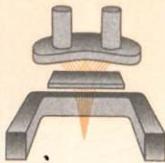
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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			MONTANTS DES SOINS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RIA - L

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

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

- Frottis monocouche : Vagin

- Frottis conventionnel : CBE :

Laboratoire de Pathologie du Centre
52, Route de Zerktouni
Tél: 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34
Fax: 05.22.22.50.90

Dr Mouna DRIB LARAKI
Gynécologue-Obstétricienne
Angle Avenue 1^{er} et Avenue 2
Hay Mohammadi 22/05/2005
Exocoll Endocol
Endomètre
Signature et cachet



Promoplus Pharma

PPC = 80,00 DH

Coelioscopie

Stérilité du Couple (FIV, ICSI)

larki



د. منى الدرديي العراقي

أخصائية

أمراض النساء والتوليد
أمراض الحمل والولادة
أمراض السرطان
أمراض الثدي
الجراحة التقويمية
علاج عقم الزوجين

Casablanca le : 17.06.2021

Mme SOUSSI MENEBHI LAILA EP MENNAN

REPADINA

1 ovule au coucher, pendant 10 jours.



Dr Mouna DRIDI LARAKI



Dr Mouna DRIDI LARAKI
Gynécologue-Obstétricienne
Angle Avenue A et C N° 2
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 05 22 63 63 67

En cas d'urgence, contactez Clinique Les Crêtes 05 22 52 37 33 / 05 22 21 20 40

📍 Hay Attakadom, Angle Avenue A et C N° 2 - Hay Mohammadi - Casablanca
حي التقدم، زاوية شارع "أ" و"س" - رقم 2. الحي المحمدي. الدار البيضاء

📞 05 22 63 63 67 📞 06 00 88 78 72 📩 dlmouna@gmail.com



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 22/06/21

Nom & Prénom : Mme SOUSSI MENEBHI LAILA
Sur ordonnance du : Dr DRIDI Mouna
Réf. : 21H06580

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 21/06/21

Organe ou siège du prélèvement : col utérin

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 46 ans

Polype accouché par le col

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce d'exérèse d'un polype de 2,2 x 1,4 cm coupée en deux et inclus en totalité, correspondant à l'examen histologique à une formation polypeuse à épithélium de surface ulcéreux en regard d'un chorion fibro-congestif parcouru par des artéries à paroi épaisse renfermant des glandes muqueuses étirées, tapissées de cellules cylindriques simples sans anomalie cytonucléaire. Le chorion est par ailleurs densément infiltré de cellules lympho-plasmocytaires associées à quelques polynucléaires neutrophiles.

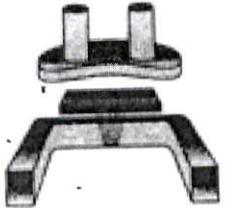
Conclusion : Polype fibro-glandulaire inflammatoire de l'endocol.

Absence de signe de métaplasie ou de dysplasie.

Pas de malignité.

Dr L.LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
T 0522 22 51 31 / 0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 00



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 23/06/2021

FACTURE N° : 21/06733

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 :

600,00 Dhs

SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **21/06/2021**

Pour **SOUSSI MENEABI LAILA**

Sur ordonnance du : **Dr DRIDI Mouna**

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

Dr. Mouna Dridi Laraki

د. منى الدريدي العراقي

SPECIALISTE

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Accouchement

Cancérologie

Chirurgie du sein

Cœlioscopie

Stérilité du Couple (FIV, ICSI)



لخصائية

أمراض النساء والتوليد

أمراض العمل والولادة

أمراض السرطان

أمراض الثدي

الجراحة التقطيرية

علاج عقم الزوجين

17 Juin 2021

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

=====

Madame SOUSSI MENEBHI LAILA

Echo menée par voie endo-vaginale.

L'utérus est antéversé, de contours réguliers siège de plusieurs noyaux myomateux dont une composante sous muqueuse de 1.19 cm

L'ovaire gauche est de taille normale.

L'ovaire droit est de taille normale.

On ne retrouve pas d'épanchement intra-abdominal.

Dr Mouna DRIDI LARAKI
Gynécologue Obstétricienne
Angle Avenue A et C N° 2
Hay Mohammadi Casablanca
Télé : 05 22 63 63 63

En cas d'urgence, contactez Clinique Les Crêtes ☎ 05 22 52 37 33 / 05 22 21 20 40



Hay Attakadom, Angle Avenue A et C N° 2 - Hay Mohammadi - Casablanca
حي التقدم، زاوية شارع آ وس - رقم 2 . الحي المحمدي . الدار البيضاء



05 22 63 63 67 ☎ 06 00 88 78 72 ✉ dlmouna@gmail.com

