

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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 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- 0011120

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10976 Société : 91973

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAFAA SCAOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661343994 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2021

Nom et prénom du malade : Slahui Safaa

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : C's Gyneco

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/12/21 | 21 CS | | 300 Dh |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 21/12/21 | Gch | 400 Dh |
| | 23/12/21 | PVO | 250 Dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

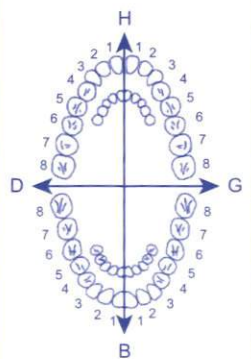
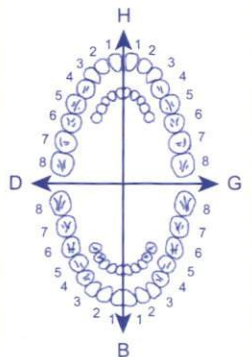
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|  | | | | 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 PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | 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



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : **Dr. Amine BITITI**
Cabinet Médical Santefam
Gynécologie - Infertilité
100, Bd Ibn Sina - Tél. 05 22 36 03 03
091 17 07 53

Nom et prénom : **Sladou Safaa** Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age : **41 ans**

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☒ Endocol ☒ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : **Dr. BENKIRAN Leïla**
Laboratoire de Pathologie - Bourgogne
14, Bd Aïn Taoujate - 2^e étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca
Tél. 05 22 27 85 48 - 05 22 27 85 64

Radiographies :

Date : **21/11/2021** Signature :

Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santefam
Gynécologie - Infertilité
100, Bd Ibn Sina - Tél. 05 22 36 03 03
091 17 07 53



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme SLAOUI SAFAA

Age : 41 ans

Prescripteur : Dr. BITITI AMINE

N° Anapath : 2110221401

Date réception : 22/10/2021

Nature du prélèvement : frottis cervicovaginal en monocouche

Renseignements cliniques :

Casablanca, le 26/10/2021

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

TECHNIQUE MONOCOUCHE :

Qualité du frottis : optimale.

Diagnostic descriptif :

1) Evaluation hormonale :

Trophicité en rapport avec l'âge.

2) Microbiologie :

Inflammation sévère avec polynucléaires plus ou moins altérés sans agent mycélien ou parasitaire identifiable.

3) Modifications réactionnelles :

Métaplasie malpighienne mature peu étendue. Parakératose minime.

4) Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires, et rares parabasales normales.

5) Cellules glandulaires :

Présence de cellules glandulaires endocervicales de morphologie régulière.

CONCLUSION :

Frottis cervical, jonctionnel, sévèrement inflammatoire, sans signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr Benkiran Leïla

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
4, Bd Aïn Taoujtate N° 18 - 2ème Étage
Casablanca - Casablanca
Tél : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

14, شارع عين توجطات - الطابق الثاني - رقم 18 - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.27.85.48 - الفاكس : 0522.27.85.64

14, Bd Aïn Taoujtate - 2^e étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

E-mail : labpathologie.bourgogne@yahoo.fr

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

F A C T U R E

N° : 2110221401

Du : 22/10/2021

Nom patient : **Mme SLAOUI SAFAA**

Examens

Cotation(P) Prix Dhs

FROTTIS MONOCOUCHE

290

250,00

Total

250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS CINQUANTE DIRHAMS

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd. Ain Taoujtate N° 18 - 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tel: 05 22 77 03 45 Fax: 05 22 77 04 64

DOCTEUR AMINE BITITI
Ancien chef de clinique à la faculté de Médecine de Paris
Hôpital Cochin, Port - Royal
Praticien attaché à l'Hôpital International Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
SPÉCIALISTE EN MÉDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical Santéfam
100, Boulevard Ibn Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

Casablanca, le 21 Octobre 2021

Madame SLAOUI SAFAA

Note d'honoraires

| | |
|-------------------------------|--------|
| Consultation : | 300 Dh |
| Echographie pelvienne : | 400 Dh |

Arrêtée la présente facture à la somme de : 700 Dh
Sept cent dirhams

Le Docteur BITITI Amine est inscrit au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du
Grand Casablanca sous le numéro : 10 751. ICE : 002155120000023, IF : 15225929
Païement par chèque accepté.

Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologie - Infertilité
100, Bd Ibn Sina - Tél : 05 22 36 03 03
091170703

Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

Echographie pelvienne du 21.10.2021

Voie d'examen : vaginale. Les conditions d'examen sont bonnes.

Examen réalisé sur un échographe General Electric Voluson E8 RSA mis en service le 01/10/2017

SLAOUI SAFAA née le 24/05/1980 (41 ans)
AZIZ ERROUSAFI

Absence de traitement, cycle spontané.

Antécédents

familiaux

RAS

médico-chirurgicaux

ORL

Hypothyroïdie traitée

TOC traitée sous Zoloft

gynécologique

Cycles réguliers

DIU retrait en 2020

Mammo 07/2021

FCV 10/2021

obstétricaux

2007 : Césarienne. NOOR USA.

2004 : Césarienne. YAMINE USA.

Indications

FCV fait

TONO

HPV prochaine cs

Les parois vésicales sont souples, normalement dessinées, sans image d'addition suspecte.

Utérus

L'utérus est antéversé et antéfléchi. Il est mobilisable.

Il est normalement mobilisable.

Myomètre Le myomètre est de structure hétérogène. absence d'asymétrie des parois utérines.

L'étude morphologique de l'utérus ne met pas en évidence d'anomalie ou de variante du normal. Il est classé **"U0"** dans la classification ESHRE 2013.

La cavité est d'aspect normal.

Endomètre

L'endomètre est vu sur toute sa longueur. Son aspect est uniforme en trois feuillets. La ligne cavitaire est régulière.

Col

L'étude morphologique du col de l'utérus ne met pas en évidence d'anomalie ou de variante du normal.

Annexes

Ovaire droit

Cet ovaire est de volume normal et d'échostructure normale.

Il est normalement multifolliculaire.

L'ovaire est directement accessible par voie vaginale, sans interposition.

Ovaire gauche

Cet ovaire est de volume normal et d'échostructure normale.

Il est normalement multifolliculaire.

L'ovaire est directement accessible par voie vaginale, sans interposition.

Culs de sac

Les culs-de-sac latéraux sont libres. Il n'y a pas d'épanchement visualisé au niveau du cul sac de Douglas.

Il n'y a pas d'ascite.

Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologie - Infertilité
100, Boulevard Ibnou Sina
Casablanca