

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-651434

102 8058

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9528	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAZI HABIBA			
Date de naissance : 5/11/1968			
Adresse : 51 Rue EL KHOUZANI ETG 2 App 6 Boulevard Casablanca			
Tél. : 06 63 49 21 93 Total des frais engagés : Dhs			

Authorisation CNIDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr SEFRIOUT Mohamed Gynécologue - Accoucheur 196, Av. Mers Sultan - Casablanca Tél. : 05 22 20 49 11			
18 JAN. 2022			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : OUAZI HABIBA Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affaissement mammaire			
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 : CASA Le : / /

Signature de 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
10 JAN 2022	K + F	0	300 DH	INP : 091127605 INPE : 091127605 Dr SEFRIOL Mohamed Gynécologue - Accoucheur 196, AV. Mers Sultan Casablanca Tél : 05 22 20 49 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SÉNÉGAL Date : 20/10/2022 - N° de facture : 41800000 Signature : 3124611 - N° de facture : 3024190000	20/10/2022	B 2 U S	270 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

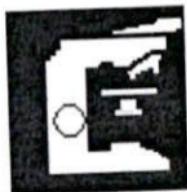
Le: 18 JAN. 2022

MRNT Bahriba

F. C. V.

Dr SEFRIoui Mohamed
Gynécologue - Accoucheur
196, Av. Mers Sultan Casablanca
Tél.: 0522 20 49 11

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage
20140 - Casablanca
Patente : 34206518 - I.F.: 41807041
CNSS: 2294015 - ICE: 001502419000087



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerkouni - Casablanca 01

Tél. : 022.22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 20/01/2022

Facture N° 353768

N° D'ANA-PATH 5DTZ3J

NOM PRENOM OUARCH HABIBA

ADRESSE PAR : DR SEFRIoui MED

ORGANE UTERUS-COL.

COTATION B 245

COTATION K:

TOTAL DH : 270

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Boul Zerkouni Sidi El Mag

20140 - Casablanca

Patente : 34206518 - I.F. : 41807041

Cachet et signature :

CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5^{ème} étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com - ICE : 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Academie Internationale de Pathologie

DR SEFRIoui MED
Pour
Mme OUARCH HABIBA

Age : 54 ANS
Référence : 5DTZ3J
Parvenu : Le 20/01/2022
Répondu : Le 21/01/2022
Organe : UTERUS-COL.
Ménopausée :
2P.
Prélèvement intitulé exo et endocol.

- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -

MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin parvenu effectué en phase liquide, à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche .

QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est de qualité satisfaisante.

CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes .

CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- * cellules malpighiennes, intermédiaires et quelques parabasales
- * cellules endocervicales d'aspect normal

FLORE MICROBIENNE

Flore mixte sans éléments infectieux pouvant orienter vers une inflammation spécifique.

CONCLUSION:

- Inflammation cervicale sans signe de spécificité ;
- Sub-atrophie ;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4 Bd Zerkouni 5^{ème} Etage
Casablanca - Tél. : 05.22.22.69.88/89
Fax : 05.22.20.51.17 - ICE : 001502419000087
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087

DR HACHCHADI AGHZADI