

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 065726

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6638 Société : RAM (AOS 96)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHALFI ELNESTAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél : 0661066938 Total des frais engagés : 200 + 180 = 380 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 / 2 / 22

Nom et prénom du malade : ELKHALFI Nasser Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Retourne

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 : 14 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
14/02/2013	Frais de consultation	1	20 000	[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL JAOUI</b> Dr. JAOUI Rouchda Rue 22 Novembre 1957 El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24	14/02/2022	180,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
4, Boulevard Zerkowinski 5eme Etage 10700 Casablanca Patente : 34206518 - I.F. : 41807041 0035 : 2394015 - ICE : 001503+19001137	19/12/99	12,45	3000DH

[illegible]

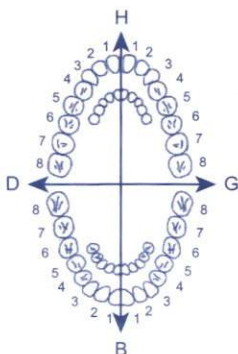
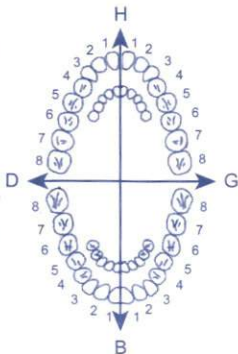
\_\_\_\_\_

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

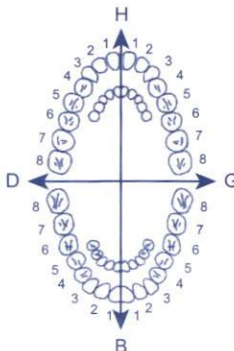
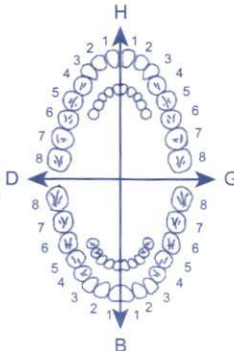
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/>                     00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE						
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>					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 L'EXE

# Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée de la faculté de Médecine  
de Strasbourg - France

Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

- Accouchement
- Echographie
- Stérilité de Couple
- Maladies des Seins
- Chirurgie Gynécologique

## الدكتورة العباسي بركات حياة

إختصاصية في طب النساء والولادة

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي  
بستراسبورغ



- الولادة
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية
- عقم الزوجين
- أمراض الثدي
- أمراض و جراحة الرحم

Casablanca, Le .....

11/2/22

Je vous salue

90.00 x 2



Repadina

180100

le 11/2

**Repadina®**

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg  
10 ovules vaginaux

PPC : 90.00 DH

Rue ...  
Tél.: 0522 30...

**Repadina**

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5  
10 ovules vaginaux

PPC : 90.00 DH

(Naus)  
naï  
DR. EL ABBASSI BERGAM Hayat  
31 Bd Oum Errabii, Gr El Firdaous  
(GH 25 A) Youlfa Casablanca  
Tel/Fax: 05 22 90 11 01

2  
Jullet

Urgence : 06 61 43 83 26 مستعجلات





# مختبر شحرازاد LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGQUES

4, Bd. Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73 - الدار البيضاء - 5 شارع الزركطوني الطابق 5  
E-mail : labocasa2@gmail.com

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'Académie Internationale de Pathologie

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 14/12/22  
Médecin prescripteur : Dr. Khalef  
Nom du patient :  
Nom de jeune fille :  
Adresse :  
Référence N° :  
N° Tél :  
Prénom : Naima  
Date de naissance : 21/12/71  
N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extemporane ☐

Siège, organe ou tissu :

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques :

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

- Date des dernières règles : 05/11/22

- Parité : 262 F 0514122

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol : Non

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerkouni 5<sup>ème</sup> Etage  
20140 - Casablanca  
Patente : 5-206518 - I.F. : 41807041  
CNSS : 220457 - CN : 001508419000037

Signature & Cachet



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 15/02/2022

**Facture N° 354678**

N° D'ANA-PATH	8DTY3T
NOM PRENOM	EL KHALFI NAIMA
ADRESSE PAR :	DR EL ABBASSI BERGA
ORGANE	UTERUS-COL.
COTATION B	245
COTATION K:	2
TOTAL DH :	300

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
LABORATOIRE MEDICAL - EXAMENS HISTO  
CYTOPATHOLOGIQUES  
Casablanca 01  
Tél. 022 22 69 88 / 89 - Fax 022 47 55 73

Cachet et signature :



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5<sup>ème</sup> 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'Académie Internationale de Pathologie

**DR EL ABBASSI BERGAM**

Pour  
**Mme EL KHALFI NAIMA**

Age : 51 ANS  
Référence : 8DTY3T  
Parvenu : Le 15/02/2022  
Répondu : Le 17/02/2022  
Organe : UTERUS-COL.  
D.D.R. : 05-4-21 ;  
2G-2P. ;  
Frottis du col.

### **- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -**

\*\*\*\*\*

#### MATÉRIEL EXAMINÉ

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

#### QUALITÉ DU FROTTIS.

Prélèvement est macroscopiquement hémorragique et microscopiquement lysé.

#### CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTÈME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes

#### CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : peu élevée

Type de cellules retrouvées :

- \* cellules malpighiennes exocervicales para-basales et surtout basales
- \* cellules endocervicales en métaplasie malpighienne complète

#### FLORE MICROBIENNE

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

#### **CONCLUSION:**

- Ectropion en métaplasie malpighienne complète et hémorragique ;
- Atrophie du col utérin ;
- A contrôler après traitement.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES  
4, Bd Zerkouni - Casablanca 01  
Tél : 05 22 47 55

Très confraternellement,  
**DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.**