

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.

Prothésiste :

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

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- 063884

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12501 Société : RAO
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUDRAA Fawziah
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0666293531 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12/2/2022
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Nephrologie
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) :

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
17/12/22	G		320	

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
	19/12/22	222	250,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

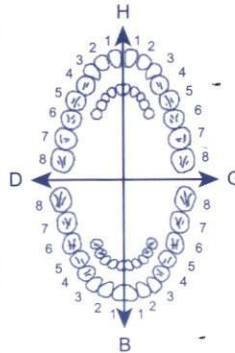
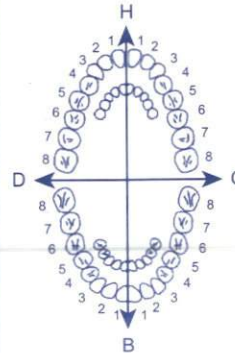
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 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														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR AMINE HIMMI

Professeur en Gynécologie Obstétrique

Ancien Chef de Service à la Maternité Lalla Meryem, CH IBN Rochd

Ancien Responsable du Centre de Planification Familiale - CH IBN Rochd

Accouchement - Chirurgie Gynécologique

et Cancérologie - Maladie du Sein

Stériorité du Couple Colposcopie - Echographie

الدكتور أمين حمي

أستاذ أخصائي في أمراض النساء والتوليد

رئيس سابق بمصلحة النساء والتوليد

رئيس سابق بمركز تنظيم الأسرة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

الولادة - الجراحة - أمراض الثدي

عقم الزوجين

CASABLANCA, le 17.02.2022

Mme GHARIB Asmaa

38130

1 POLYGYNAX

1 ovule au coucher, pendant 6 jours.

2 DICYNONE 500 mg cp : B/20

1 comprimé matin midi et soir



Professeur Amine HIMMI

Professeur Amine HIMMI
Gynécologue - Accoucheur
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 22 25 34 - Fax: 0522 26 99 35

Professeur Amine HIMMI
Gynécologue - Accoucheur
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 22 25 34 - Fax: 0522 26 99 35





Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. HIMMI

Nom et Prénom du Patient CHARIB ASMAA

Age

Date du prélèvement 17/02/2022

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement Ant: Hystéro

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références FCV

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

- FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 19/02/2022

Facture N° 200485167
ICE: 001714931000007

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: 250,00 DH

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 19/02/2022

Pour MME GHARIB ASMAA

Sur ordonnance du DR: HIMMI A.

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02



Laboatoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 21/03/2022

Nom et prénom: MME GHARIB ASMAA
Sur ordonnance du Pr: HIMMI A.
N° d'anapath: 204ACL0222

Parvenu au laboratoire le 19/02/2022

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: ans
ATCD : Koïlocytes
Métrorragies provoquées

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du prélèvement : Optimale

Diagnostic descriptif

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie :
Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Hémorragie
4. Cellules pavimenteuses : Intermédiaires et parabasales normales ou légèrement dyscaryotiques
5. Cellules glandulaires : Absentes

Conclusion et recommandations :

- Frottis cervical hémorragique montrant quelques cellules en légère dyscaryose
- Contrôle colposcopique et éventuellement biopsique souhaitable

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02