

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

- 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.

M22- 0005351

120165

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9584 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FARHAB DELKIRI

Date de naissance : 05 FÉVRIER 1967

Adresse : RÉSIDENCE AL FAIR 100 "H" N°14 HAY

Tél. : 06671446082 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2022

Nom et prénom du malade : DABY KARIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : pathologie gynécologique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 06/06/2022

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
06/06/22	C	v	300 DA	Dr. HOUBBADI MARYAM Gynécoloque -Obstétricienne 562, Bd. Reda Gdira, Cité Djemaa Tél : 0622 3868 63 INP : 091700183

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
Dr Imane BELAHCENE Laboratoire d'Anatomie Pathologique Carabane 3 Téléphone : 010 22 00 00 00 / 0773 56 00 00	21/02/2022	2273	300,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



**Spécialiste
Gynécologie - Obstétrique**

Casablanca, le : 06.06.2022 الدار البيضاء، في :

*hystérone utérothèle
+ polype utracourtaire.*

Dr. HOUBBADI MARYAMA
Gynécologue -Obstétricienne
562 Bd Rida Gdira, Cité Djemâa
Tél : 0522 38 68 63
Fax : 091165183

**LABORATOIRE D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE CALIFORNIE**

Dr. IMANE BELIAMIME

Médecin spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques



مختبر التشريح المرضي
كاليفورنيا
د. إيمان بلياميم
طبيبة اختصاصية
في التشريح المرضي

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur :

Nom et prénom : *DABY KARIMA* Age : *U.F. ans*

Tel :

Date du prélèvement : *06/06/2022* Réf. antérieure :

Siège et nature du prélèvement : *Fov de dr p. pyc*

Renseignements cliniques :

.....
.....
.....
.....
.....

Cytologie :

- Frottis : Vagin Exocol Endocol Endomètre

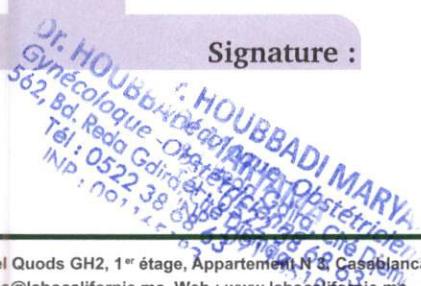
- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction Liquide

- Traitements éventuels :

Date :

Signature :



REÇU LE : 08/06/2022
EDITE LE : 10/06/2022

NOM & PRENOM : DABY KARIMA
AGE : 47 ans
PRESCRIPTEUR : DR -
REF : C220608707
ORGANE : FCU

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCU de dépistage.

COMPTE RENDU CYTOPATHOLOGIQUE

- Frottis cervico-utérin en milieu liquide.

- Qualité du frottis :

Très bonne qualité.

- Classification du frottis selon le système de BETHESDA :

Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis est étudié après cytocentrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide, il montre une cellularité adéquate faite de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléo-cytoplasmique. Le fond est riche en polynucléaires neutrophiles et en lactobacilles. Il est noté la présence d'une cytolysse. Il n'est pas noté de microorganismes ou de signes cytologiques d'infestation virale ou de dysplasie.

CONCLUSION :

- Frottis cervico-utérin cytolytique et modérément inflammatoire.

- Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

Dr. Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique
Bd El Quods Immeuble Riad El Quods GH2,
1er étage App N°3 Casablanca
Tel: 0701494927 / 0711048227

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

FACTURE

REF : FA22000932

Date de facturation 08 / 06 / 2022
Médecin traitant DR Houbbadi Maryama
Patient DABY KARIMA
Demande C220608707 - 08/06/2022
Organisme AUCUN

Liste des examens

FCU	FCU +	A Payer	300,00	Dhs
Cytologie	FCU +	Coef-P	273	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS

Dr Imane BELIAMINE
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods Immeuble Riad El Quods GH2,
1er étage App N°3 Casablanca
Tel 0701494927 / 07711049777

SAMSUNG

Dr HOUBBADI MA...

06062022-181741

Tl5 0.16 MI 1.34 06-06-2022

01-04-2022/9s3j

18:39:56



UTERUS 1

V5-9
6.0 cm
30 Hz

- 1 Polype endo Longueur 1.85 cm
2 Fibrome utérin 1 Longueur 2.17 cm
3 Fibrome utérin 1 Largeur 1.85 cm

[2D]

Gn 48
PD 110
Cte 6
MI 3
P 90%



SAMSUNG

Dr HOUBBADI MA...

06062022-181741

Tl5 0.16 MI 1.34 06-06-2022

01-04-2022/9s3j



UTERUS 1

V5-9
6.0 cm
30 Hz

- 1 Polype endo Longueur 1.86 cm

[2D]

Gn 48
PD 110
Cte 6
MI 3
P 90%



Dr HOUBBADI MA...

06062022-181741

Tls 0.14 MI 1.35 06-06-2022

01-04-2022/953] 18:41:56



Utrérus
CA1-7AD
14.0 cm
26 Hz

transvaginal

(MHz)

1 Droite Kyste Longueur 3.70 cm
2 Droite Kyste Largeur 3.01 cm

-0

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10

[2D]

Rés 40

Gn 40

PD 136

Cte 6

MI 5

P 90%



Gre

Kyste Taille