

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 058717

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Docteur OUHMIDOU Med Najib

Gynécologue - Obstétricien

Ex-Assistant des Hôpitaux de Bruxelles

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Stérilité de couple (P.M.A)

Coeliochirurgie - Colposcopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتور وحميدو محمد نجيب

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

طبيب مساعد سابقا بالمستشفيات الجامعية ببروكسيل

الجراحة النسائية - الولادة

عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر

Casablanca le 10/05/22

Pharmacie TAM

Dr. BENANI Jaafar

302, Bd Oued Sebou, Oulfa

- CASABLANCA -

Tél: 05.22.90.18.89

90.00 x 2

Refadina

Alf

G: 180.00

464

DR. OUHMIDOU Med Najib
Gynécologue - Accouchement
Place Marechal 21, Rue Gentil
Tél: 05 22 27 51 97 / 05 22 27 80 73
N°IFP: 004116897

ساحة ماريشال 21 زنقة جانتى - الدار البيضاء Place Marechal - 21, Rue Gentil - Casablanca

Tél / Fax : 0522 27 51 97 / 0522 27 80 73

المستعجلات : 0661 10 70 00

FACTURE

REF : FA22000684

Date de facturation 12 / 05 / 2022
Médecin traitant DR -
Patient BELKHOURIBCHIA FATIMA
Demande C220512290 - 12/05/2022
Organisme LABORATOIRE ZOUBIR

Liste des examens

FCU FCU +

Cytologie
FCU +

A Payer 300,00 Dhs
Coef-P 273

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

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods Immeuble Riad El Quods GH2
1er étage App N°3 Casablanca
Tel: 0701494927 / 0711048277

Docteur OUHMIDOU Med Najib

Gynécologue - Obstétricien

Exercice des Hôpitaux de Bruxelles

Chirurgie gynécologique - Accouchement

Fertilité de couple (P.M.A)

Coeliochirurgie - Colposcopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتور وحيدو محمد نجيب

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

طبيب مساعد سابقا بالمستشفيات الجامعية ببروكسيل

الجراحة النسائية - الولادة

عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر

Casablanca, le : 10/05/2012

BELKtourIBCHIA FATIMA

FC

Dr. OUHMIDOU Med Najib
Gynécologue - Accoucheur
Tél : 0522 27 51 97 / 0522 27 80 73

ساحة ماريشال 21 زنقة جانتي - الدار البيضاء Place Marechal - 21, Rue Gentil - Casablanca

Tél / Fax : 0522 27 51 97 / 0522 27 80 73

المستعجلات : 0661 10 70 00



مختبر شحرازاد LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5^{ème} étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73 - شارع الزرقطوني الطابق 5 - الدار البيضاء
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 : Référence N° :
Médecin prescripteur : N° Tél :
Nom du patient : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance :
Adresse : N° Tél :

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

Siège, organe ou tissus :

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques :

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

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol :

Signature & Cachet