

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 :

- Tous 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-705985



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1320

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre : Dalila

Nom & Prénom : ASBAAH

Date de naissance : 27/08/52

Adresse : Hab. Tuelle

Tél. : 0630471185

Total des frais engagés :

Dhs

DR. CHENFOURI Abdellah
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUI
304, Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél: 80-38-71

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3/10/22

Nom et prénom du malade : Dr. Nasbeh Ben Abdellah

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



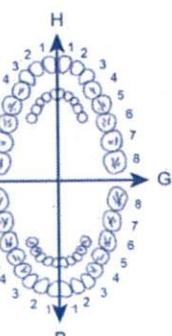
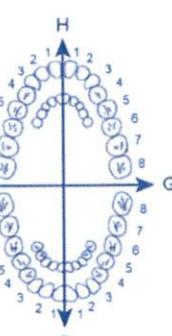
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| RELEVE DES FRAISES HONORAIRES | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------|-------------------------------------|---|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Meilleur détaillé des honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 3/10/2022 | Dr. CHENOURI GYNECOLOGUE 300 BDT 24 Mars 2022 500 BDT | INP : 09/10/2022 | INP : 09/10/2022 | |
| 3/10/2022 | Dr. Abellah GYCUCT 300 BDT 24 Mars 2022 500 BDT | INR : 09/10/2022 | INR : 09/10/2022 | |

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES | | Montant de la Facture |
|---|------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | |
| Dr. GYMÉCOLGY 394, Bd. 25 Août | 0 | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cabinet et Laboratoire du Laboratoire de Radiologie | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Dr. BOURHAMID Cabinet d'OTOGASTROPATHIE et de Radiologie 100, 1er étage BP 522 55100 GSM: 06 61 32 15 52 | 23/10/98 | 8 290 | 320,- |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | AM | PC | IM | IV | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | | | G | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date du devis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

Dr. CHENFOURI Abdelilah
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUI
304, Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél: 80 38 71

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

F.C.V. (40 ans)
en stage /

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

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

- F.C.V. : Vagin Exocol Endocol

- CBE : Endomètre

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310 Rue Omar Riffi Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
M.S.M. 06 61 32 002

Dr. CHENFOURI Abdelilah
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUI
304, Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél: 80 38 71



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 03/10/2022

Facture N° 200488724
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: 320,00 DH

TROIS CENT VINGT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 03/10/2022

Pour MME MOSBAH DALILA

Sur ordonnance du DR: CHENFOURI 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



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 05/10/2022

Nom et prénom: MME MOSBAH DALILA
Sur ordonnance du Dr: CHENFOURI A.
N° d'anapath: 021ACL1022

Parvenu au laboratoire le 03/10/2022

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 70 ans
Dépistage

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 : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, surtout intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Nombreuses normales ou en métaplasie malpighienne mature

Conclusion

- Frottis cervical **jonctionnel** hypotrophique et dystrophique avec métaplasie malpighienne mature
- Absence de signe d'infection à HPV
- Absence de signe de dysplasie ni de néoplasie

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