

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 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 :

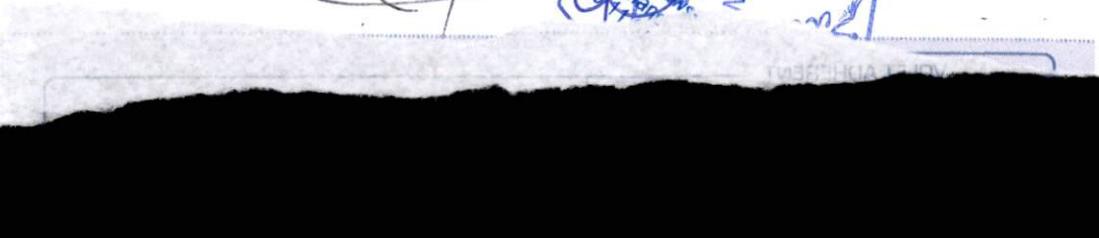
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 6638 <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) Nom & Prénom : EL KHALFI Date de naissance : 1962 Adresse : CASA Tél. : 0661066138 Total des frais engagés : 563,60 Dhs	<input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin : MUPRAS ACCIDENT 2 OCT 2010 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Date de consultation : 2010718022 Nom et prénom du malade : EL KHALFI NAIMA Nekhyaqi Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : maladie de l'œil En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DR. E. H. A. S. C. reçue au service d'ambulance </div> <p>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.</p>	
<p>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.</p> <p>Fait à : CASA Le : 20/10/2010</p> <p>Signature de l'adhérent(e) : [Signature]</p>	



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/07/22	Opérations	200	200	INP : 09164723 Dr ET ALI 31 Bd Hassan II (G) 100m de la place de l'Indépendance Téléphone : 05 22 90 11 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguier	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'AJJA Sofia NAJJA Lot. Sofia 2 Rue Hassan II Hay El Hana Casablanca Tél. 022.95.15.37	20/07/22	63.60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SCHEHERAZAD Boulevard Zerktouni 5ème Etage 20140 - Casablanca	21/07/22	P2U5	300DA
Patente : 34206518 - I.F. : 41807041			
CNSS : 2294015 - ICE : 00150241900007			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

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 بركام حياة

اختصاصية في طب النساء والولادة

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا
طبيبة سابقة بالمستشفي الجامعي
بستراسبورغ

الولادة

الفحص بالأمواج فوق الصوتية

عقم الزوجين

أمراض الثدي

أمراض و جراحة الرحم

Casablanca, le

20/02/2022

63.60

Je le 22 Khaïr Naim

لهم إني

maphar
Km 10 route d'El Aouia 1111
Quartier makhzen Zemmour A-Sidra
Casablanca - Maroc
Coordonnées 10° Cap VAG 07° 20'
P.P.V. : 33D168
6 118001 180707

EXP Date
Mai 2023
Lot/Barcode

ARMERIA D'ARNAJME
Sofia NAJME
Lot. Sofia 2 Rue Hassane N
Hay El Hana - Casablanca
Tél. 022.95.16.37

Dr EL ABBASSI BERGAM Hayat
Gynécologue Accoucheuse
31 Bd Oum Errabbi, Gr Errifdaous
1027, 25 Majdalla Casablanca
Tél/fax: 05 22 90 11 01

مستعجلات Urgence : 06 61 43 83 26

شارع أم الريبي، مجموعة الفردوس (GH25A) طابق: 2. شقة: 9. الألفة. الدار البيضاء. الهاتف / الفاكس: 05 22 90 11 01
31, BD Oum Errabbi, Groupe Rés Al Firdaous (GH25A), étage: 2, Appt: 9, EL oulfa Casablanca. Tél/fax: 05 22 90 11 01



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerkouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 21/07/2022

Facture N° 359604

N° D'ANA-PATH 8DTK3J

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

4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage
20140 Casablanca
Cachet et signature

Patente : 34206518 - I.F. : 41807041
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087



منْتَبِر شَهْرَزَاد

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, شارع الزرقطوني الطابق 5 - الدار البيضاء -
4, Bd. Zerkouni 5^{ème} étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73
E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéhérazad 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'Academie Internationale de Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : Référence N° : 8DTK35
26/02/22 *m*

Médecin prescripteur : N° Tél : *Nouha*

Nom du patient : Prénom : *DR. H. A. A.*

Nom de jeune fille : Date de naissance : *26/02/2008*

Adresse : N° Tél : *0522.22.69.88/89*

Type de Prélèvement : Cytologie Biopsie Curetage Exérèse Extemporané

Siège, organe ou tissus: *col. sp.*

Examens antérieurs : *cytologie*

Renseignements cliniques & paracliniques : *accouchement*

Frottis de dépistage : Vagin Exocoll Endocoll Endomètre

- Date des dernières règles : *26/02/2022*

- Parité : *26/02/2022*

- Traitement hormonal : *alors*

- Test au Lugol : *alors*

Signature & Cachet



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5^{ème} 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 BESANCON
Membre Actif de l'Academie Internationale de Pathologie

DR EL ABBASSI BERGAM
Pour
Mme EL KHALFI NAIMA

Age : 51 ANS
Référence : 8DTK3J
Parvenu : Le 21/07/2022
Répondu : Le 22/07/2022
Organe : UTERUS-COL.
D.D.R. :04-2021 ;
2G-2P.
Col : SP.
Prélèvement intitulé exo et endocol.

- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -

MATERIEL 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 microscopiquement hémorragique .

CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTÈME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes

CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée
Type de cellules retrouvées :
* cellules malpighiennes intermédiaires et parabasales réactionnelles et quelques cellules de type intermédiaire présentant un aspect koïloctytaire..
* cellules endocervicales subissant une métaplasie malpighienne complète ;

FLORE MICROBIENNE

Flore mixte.

CONCLUSION:

- Ectropion en métaplasie malpighienne complète avec quelques cellules d'allure koïloctytaire :
- à contrôler par colposcopie;
- Sub-atrophie;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5^{ème} étage
20140 - Casablanca
Tél. : 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com - ICE : 001502419000087
Très confidentiellement
DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.