

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

- 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.

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

M22- 0036048

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUMZARIG Lahoucine
 Date de naissance : 02/07/1953
 Adresse : Lot Sidi Abderrahmane Rue 29 N°60
 Tél : 0633529200 Total des frais engagés : 1045,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/07/2022
 Nom et prénom du malade : AFRIDOU NATA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CAS A

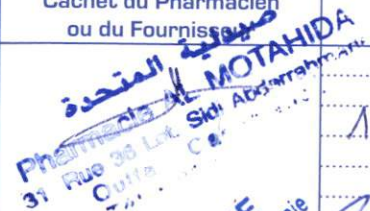
Le : 25/07/2022

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
17/11/22		CS	300,00	
17/11/22		Echog	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/22	14540

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/11/22	2273	300,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

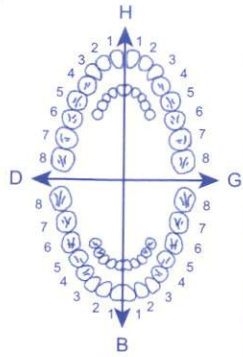
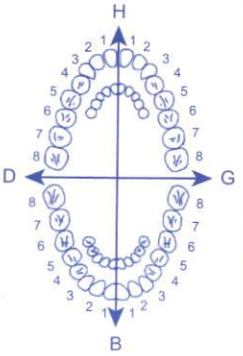
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. FICHTALI KARIMA

Gynécologie obstétrique

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur au CHU Ibn Rochd

Casablanca

Ex Directrice de Spécialité à l'Hopital Universitaire Cheikh Khalifa

Suivi de grossesse et accouchement

Chirurgie des cancers gynéco-mammaires

Oncoplastic du sein

Chirurgie vaginale

Coeliochirurgie gynécologique

Infertilité du couple



ذ. الفشتالي كريمة

أمراض النساء والتوليد

أستاذة سابقاً بالتعليم العالي بالمستشفى الجامعي ابن رشد

الدار البيضاء

مديرة تخصص أمراض النساء والتوليد سابقاً بمستشفى الشيخ خليفة

أمراض الحمل والولادة

جراحة سرطان الرحم والثدي

الجراحة بالمنظار

علاج عقم الزوجين

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca le:

S. H. M. M. M.

14 AFRIL 2014

M. Drima B. f. f. f.

1cp 1/2

Relaxant

1cp 1/2

Dr. Fichtali Karima

1cp 1/2

57.00

41 Dr. Fichtali Karima

1cp 1/2

145.40

Adresse : 185 Blvd Abdelmoumen étage 2 N.7 Casablanca / شارع عبد المؤمن رقم / سبق 2 الدار البيضاء

Tel : 0520 40 82 77 / E-mail : Karima.fichtali@yahoo.fr

DR. FICHTALI KARIMA

Gynécologie obstétrique

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur au CHU Ibn Rochd

Casablanca

Ex-Directrice de Spécialité à l'Hopital Universitaire Cheikh Khalifa

Suivi de grossesse et accouchement

Chirurgie des cancers gynéco-mammaires

Oncoplastie du sein

Chirurgie vaginale

Coeliochirurgie gynécologique

Infertilité du couple



دكتورة كريمة

بنات والتوليد

أستاذة بالتعليم العالي بالمستشفى الجامعي ابن رشد

مضامير أمراض النساء والتوليد سابقا بمستشفى الشيخ خليفة

حمل والولادة

سرطان الرحم والتدي

بنة بالمنظار

عقم الزوجين

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca le: 17/11/12

NOTE D'HONORAIRE

Mme : AFRIDOU NAJAT

Consultation : 300dh

ECHOGRAPHIE : 300dh

TOTAL : 600dh

SIGNATURE :



R. FICHTALI KARIMA
Gynécologie obstétrique

185 Bd Abdelmoumen étage 2 N° 7
Casablanca Tel: 05 20 40 82 77

Adresse : 185 Blvd Abdelmoumen étage 2 N.7 Casablanca / شارع عبد المومن رقم 7 طابق 2 الدار البيضاء

Tel : 0520 40 82 77 / E-mail : Karima.fichtali@yahoo.fr

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur :

Nom et prénom : **AFEROU MAJAT** Age: **1970**

Tel :

Date du prélèvement : **17/11/2022** Réf. antérieur :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques :

Cytologie:

- Frottis : Vagin ☒ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels :

Date :

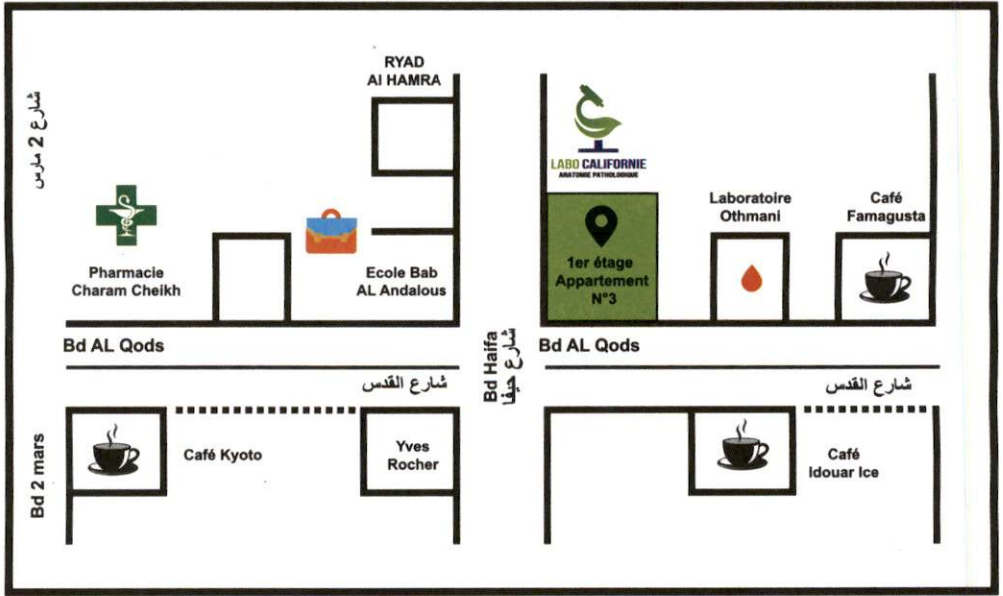
Signature :

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods, Immeuble Riad EL Quods
1^{er} étage, Apt N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE : 091271890



Pr. FICHTALI KARIMA
Gynécologie obstétrique
185 Bd Attard, Immeuble étage 2 N° 7
Casablanca Tél: 05 70 40 82 77

يمكنكم الإتصال بنا هاتفيا لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



شارع القدس إقامة رياض القدس GH2 الطابق النول الشقة رقم 3 الدار البيضاء

Bd EL Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1^{er} étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 07 01 49 49 27 / 07 11 04 82 27 Email : ibeliamime@labocalifornie.com

WWW.labocalifornie.ma

FACTURE

REF : FA22002477

Date de facturation	17 / 11 / 2022
Médecin traitant	PR FICHTALI KARIMA
Patient	AFRIDOU NAJAT
Demande	C221117308 - 17/11/2022
Organisme	AUCUN

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, Appt N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE : 091271890

Nom & Prénom : Mr AFRIDOU NGAR

Date de naissance :

Date: 18/11/2018

Opérateur : Dr. Keltou

Appareil : GE Voluson

Modalités d'examens : Voie Endovaginale.

-Utérus en position antéversé, de contours réguliers mesurant... d'échostructure homogène.

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.
Epaisseur de l'endomètre de

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit :
- Ovaire gauche :

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion :

pas d'anomalie notée

Dr. KARIMA
Professeur A
Gynécologie - Obstétrique
Casablanca

REÇU LE : 17/11/2022
EDITE LE : 21/11/2022

NOM & PRENOM : AFRIDOU NAJAT
AGE : 52 ans
PRESCRIPTEUR : PR FICHTALI KARIMA
REF : C221117308
ORGANE : FCU
ORGANISME : AUCUN

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, des cellules intermédiaires à cytoplasme basophile et à noyau régulier, avec des cellules parabasales dont le noyau est régulier. Le fond est ponctué de polynucléaires neutrophiles avec présence des lactobacilles. Il est noté la présence d'une légère cytolyse. Il n'est pas noté de microorganismes ou de signes cytologiques d'infestation virale ou de dysplasie.

CONCLUSION :

- Frottis cervico-utérin légèrement inflammatoire et légèrement cytolytique.
- Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

Dr. Imane BELIAMIME

Dr Imane BELIAMIME

Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2,
1^{er} étage, Appt N° 3 - Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE : 091271890