

# CONDITIONS IMPORTANTES A LIRE POUR 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-657054

W21-657054

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11843</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>Y45365</b>
Nom & Prénom : <b>MAMOUT NABILA</b>			
Date de naissance : <b>22/09/1978</b>			
Adresse : <b>609 Bd Mouloud Youssef Casablanca</b>			
Tél. : <b>0625 13 42 08</b>		Total des frais engagés : <b>1083,70</b> Dhs	

Authorisation CNDF N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>06/09/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>MAMOUT - NABILA</b> Age : <b>45</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Affection respiratoire</b>			
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 : **06/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **03/10/2023**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/07/22	B206	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

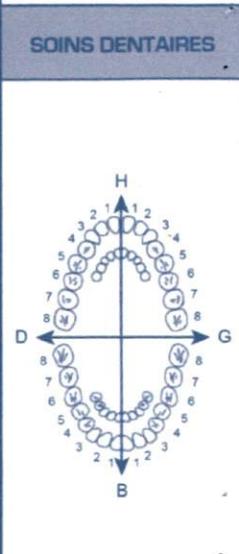
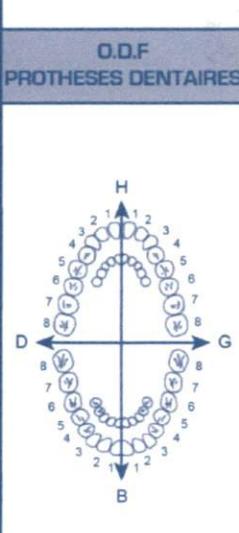
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	INP : <input type="text"/>	
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		$  \begin{array}{r}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

## MEDECINE GENERALE

Ex.Médecine Attaché aux services  
de Gynécologie et Dermatologie  
de C.H.U Ibn Rochd  
Diplômée en Echographie Générale  
Diplômée en Nutrition, Obésité  
et Régime du Cholesterol, Diabète  
Faculté de Médecine Montpellier -France  
Cosmétique Médicale

## الطب العام

طبيبة ملحة سابقا بقسم أمراض النساء  
والجلد بمستشفى ابن رشد  
اختصاصية في الفحص بالصدى  
دبلوم في التغذية والسمنة  
وحمى الكوليستيرون  
وداء السكري بجامعة الطب  
مونبولي - فرنسا  
الطب التجميلي

Casablanca, le: 22.10.22 الدار البيضاء، في

نرجاح ناريل

1) Fmgyien 100 (Bille)

LOT : 9418  
PER : 04 - 23  
P.P.V : 47 DH 70

2) 1 gel 150

LOT : 6092  
UT. AV: 01 -  
P. P.V : 44 DH 30

3) Gynect 100ml

PHARMACIE FARM EL RIVER SARL  
251, Bd. Aba Chouaib Doukkali  
Tél : 05 22 47 52 10  
Vice : 05 22 47 52 00

4) 10ml x 10

201,00

5) Duflex 100

10ml x 10

6) Hemofest 140ml

7) 1 ml/p x 15

8) Dipidene 100ml

9) 140ml

611 8001012 0  
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g  
P.P.V : 23,90DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

153، شارع ابن شعيب الكالبي حي الفرج 153 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 83 50 56  
153, Bd. Aba Chouaib Doukkali - Hay Elfarah - Casablanca - Tél.: 05.22.83.50.56

6/ Uxer gel

99.00 1 gel (1)

7/ Artiflex gel

89.00 2 gll (1) le met

X1018 0425  
LOT PER  
Prix 99.00

OT 15769/FC18  
1/2024 PPC 89.00

563.70

PHARMACIE FRANCK KUER SRL  
151 B1 Rue Charles de Gaulle  
Tel : 0513433200034



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I

Dr. Latifa BADRE - Pr Hicham EL ATTAR

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

N° DADRI - NA 316 M<sup>me</sup>  MME  MLLE  ENF

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre
- Date des dernières règles :
- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

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

Radiographies :

Date : 20/10/22 Signature :

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
MOULAY IDRIS I  
83, Bd. My Idriss 1er (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - CASABLANCA  
Tél : 05.22.86.18.36 - Fax : 05.22.86.18.29 - Patente : 36349688 - I.C.E : 001633133000057

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 25/10/2022

Nom & Prénom : MAMOUT NABILA

N° d'examen : 2210C0070

Date réponse : 27/10/2022

## FACTURE N° 22/07729

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
FCV monocouche.	B206	200,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : Dr L. BADRE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
My. IDRIS I<sup>er</sup>  
86 Bd. My Idriss I (face à l'Ecole  
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher  
Casablanca  
Tél: 0522.86.18.36 / 0522.86.18.37

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytobiopathologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 25/10/2022      N° d'examen : 2210C0070  
Date de réponse : 27/10/2022      Nom et Prénom : **Mme MAMOUT NABILA**  
Sexe : F      Médecin traitant : Dr. BENLEMLIH  
Age : - ans

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques :

## COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné, après cytocentrifugation et étalement, montre un fond ponctué de polynucléaires neutrophiles, et renfermant une abondante population de cellules malpighiennes, de type superficiel et intermédiaire. Les rapports nucléo cytoplasmiques sont conservés. Les noyaux sont petits, réguliers et pycnotiques. Les cytoplasmes éosinophiles ou basophiles ont des bords modérément plicaturés. Présence également d'amas de cellules endocervicales régulières.

CONCLUSION : - Frottis normal.  
- Absence de cellules néoplasiques.

Sighé : Dr. L. BADRE  
Dr BADRE Latifa  
Anatomocytobiopathologiste  
86, Bd Moulay Idriss I<sup>er</sup>, Casablanca  
Tél: 0522 86 18 36 / 29  
ICE 00163/3133000057