

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0009669

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10603 Société : Royale Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAKINSI SAID
Date de naissance : 07/09/1968
Adresse : BV 9005 Ain Chock Résidence GH3 3ème étage N°12 CASABLANCA
Tél. : 0661633846 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr Sofia Othmani
3d El Qods Riad El Qods, GH2
2e Etage, App: 12, Ain Chock
Casablanca - Tél: 05 22 50 50 71
Date de consultation : 02/02/2023
Nom et prénom du malade : CHIMOUN Aicha Age: 52
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Métrologie postmenstruelle
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 : Le :
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
02/02/2023	facture		4500,00	<p>Dr Sofia Gchmani</p> <p>Gynécologue Obstétricienne</p> <p>Bd El Qods Riad El Qods, GH2</p> <p>Pharmacie - Tél: 05 22 50 50 71</p> <p>2e Etage, Appr 12, Ain Choc</p>
02/02/2023	Contrôle	gratuit		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Omariva Casablanca</p> <p>Rue 49 Lix - Maroc - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 52 35 29</p>	02/02/23	492,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr Imane BELIMME</p> <p>Laboratoire d'Anatomie Pathologique</p> <p>Bd El Qods Riad El Qods, GH2</p> <p>Tél: 05 22 50 46 43 - 07 01 29 09 27</p> <p>INPE: 091271859</p>	02/02/23	21000	1100,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

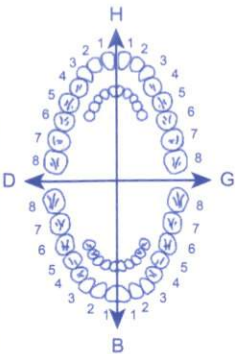
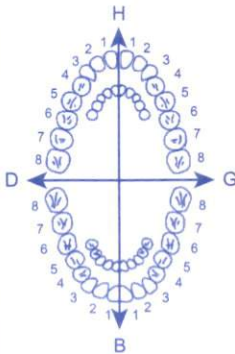
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
				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



2302020907331/

CHIMOUN

Aicha

07/06/1970

ETAGE 01

MUPRAS

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaa 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



Casablanca le, 02/04/23

• Urgences 24h/24

• Médecine

• Chirurgie

• Réanimation

• Radiologie

• Cardiologie
Interventionnelle

• Maternité

• Réanimation
Néonatale

• Hémodialyse

Aicha Chouan

12630

1) Augmentin 1000 1x12h/12h

138,10x2

2) dorevex 0,4 sup 1/8

3010

4erid 1000 1sup 1/2h 5

14,00

Dolipr 1000 1sup 3x/5 5

46,00

Betadine non stérile 1 bouteille

492,60

Pharmacie Omariya Casablanca
Rue 49 Lot Omariya Bouskoura Omariya
Hay Inara, Ain Sebaa - Casablanca
Tél.: 05 22 52 36 29

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaa 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57

PPV: 126,30
LOT: 650795
PER: 08/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets



LOT: 410
PER: 10/24
PPV: 30,10 DH

Laboratoire

xénid 100mg
10 suppositoires



HARMA

PPV: 14DH00
PER: 12/25
LOT: L3735

Pharmacie Omeriya Casablanca
Rue 49 L. Casablanca Omeriya
Hay Inara J. de Boud. Casablanca
Tél: 05 22 22 55 10

Dr. IMANE BELIAMIME

Médecin spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques



2302020907331/

مختبر

L CHIMOUN
Aïcha

07/06/1970

DEMANDE D'EXA

ETAGE 01

MUPRAS

De la part du Docteur :

Nom et prénom :

Aïcha

Age:

52

Tél :

Date du prélèvement :

Siège et nature du prélèvement :

FCV (A)

Renseignements cliniques :

Biopsie endométriale

Mécanisme postmenopausique

Cytologie:

- Frottis : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☒

- Traitements éventuels :

Date :

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods
1^{er} étage, Appt N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE : 091271899

Signature

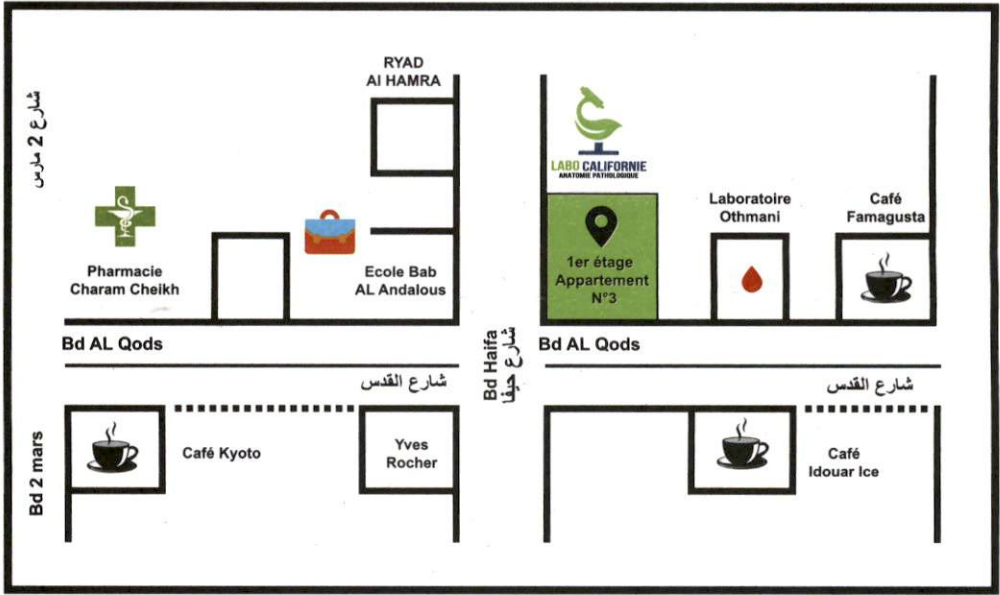
شارع القدس، إقامة رياض القدس، GH2، الطابق الأول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

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

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

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma

يمكنكم الإتصال بنا هاتفيا لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



شارع القدس، إقامة رياض القدس، GH2 الطابق الاول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

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

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

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma



REÇU LE : 02/02/2023

EDITE LE : 07/02/2023

NOM & PRENOM : CHIMOUN AICHA

AGE : 53 ans

PRESCRIPTEUR : DR OTHMANI Sofia

REF : H230202647

ORGANE : Biopsie endométriale-FCU

ORGANISME : AUCUN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Biopsie endométriale - FCU.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Parvenu séparément et répertorié:

1/ FCU:

- 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 cyto centrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide, il montre une cellularité adéquate faite essentiellement de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléocytoplasmique, quelques cellules intermédiaires à cytoplasme basophile et à noyau régulier, avec quelques cellules parabasales régulières. Le fond est ponctué de polynucléaires neutrophiles. Il est noté la présence d'une légère cytolysse. Il n'est pas noté de microorganismes ou de signes cytologiques d'infestation virale ou de dysplasie.

2/ CBE:

Un matériel biopsique fragmenté, inclus en totalité et examiné sur plusieurs niveaux de coupe.

L'examen histologique montre au sein d'un matériel fibrinoïde et hémorragique, quelques lambeaux provenant du revêtement endométrial d'aspect régulier. Il n'est pas retrouvé de signes de malignité sur ces prélèvements.

CONCLUSION :

1/ FCU:

Frottis cervico-utérin légèrement cytolytique.

Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

2/ CBE:

Remaniements fibrinoïdes et hémorragiques sans signes de malignité dans les limites de ces prélèvements.

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Qods, Immeuble Riad El Qods GH2,
1^{er} étage, Appart N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE: 05 22 50 86 43

شارع القدس، إقامة رياض القدس، GH2 الطابق الأول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

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

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

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma

FACTURE

REF : FA23000530

Date de facturation 09 / 02 / 2023
Médecin traitant DR OTHMANI Sofia
Patient CHIMOUN AICHA
Demande H230202647 - 02/02/2023
Organisme AUCUN

Liste des examens

FCU FCU +
bio col Biopsie du Col

Histologie
Biopsie endométriale-FCU

A Payer 1 100,00 Dhs
Coef-P 1000

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT DIRHAMS

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
BD El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2,
1er étage, Apt N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE : 091271890

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 548 / 2023 du 02/02/2023

Nom patient	CHIMOUN AICHA	Entrée 02/02/2023	Sortie 02/02/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CBE	1,00		4 500,00	4 500,00
			Sous-Total	4 500,00
Total				4 500,00

Total général	4 500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces 4 500,00			Total encaissé 4 500,00	Solde 0,00
---------------	---------------------	--	--	----------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town - Villa Verte
Bouskoura - Casablanca
Tel: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 02/02/2023 Heure 08:15

Nom et Prénom du patient Mme CHIMOUN AICHA

Age ou Date Naissance 54 - 07/06/1970

N° Cin du patient ou du tuteur BH303984

Adresse casa

Téléphone 0661633846

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant OTHMANI SOFIA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0
0,00

Motif d'hospitalisation CHIRURGIE

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - MUPRAS

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 02/02/2023

Heure 15:07

Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca
Tel: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57