

# 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 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

- 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.

M22- 0009669

149094

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10603

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAKINSI

SAYID

Date de naissance : 07/09/1968

Adresse : BV. DAKS Aïn Chock, Béni Hssen GH2 3<sup>e</sup> étage N°13

CASABLANCA

Tél. : 06 61 63 38 46

Total des frais engagés : ..... Dhs

Dr Sofia Othmani

Synécologie Obstétricienne

3<sup>e</sup> Bd El Qods Riad El Qods, GH2

2<sup>e</sup> Etage, App: 12, Ain Chock

Casablanca - Tél: 05 22 50 50 71

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2023

Nom et prénom du malade : CHILOUN Aicha. Age: 52

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Migraine et maladie de la peau

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

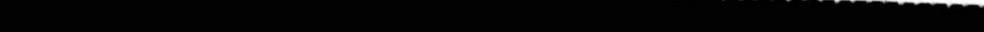
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

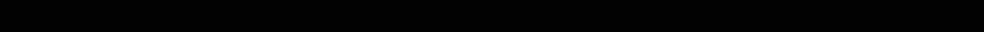
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

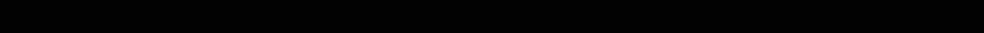
Fait à : ..... le ..... / ..... / .....

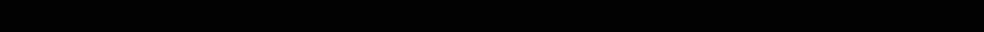
Signature de l'adhérent(e) :

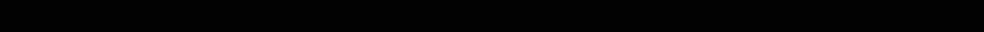


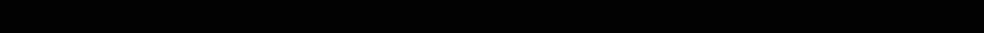


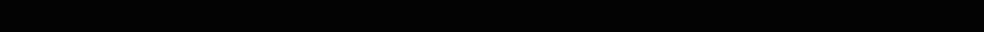


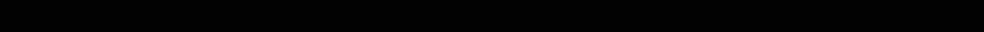


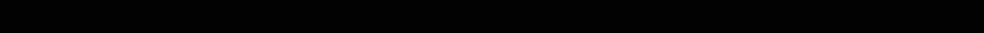


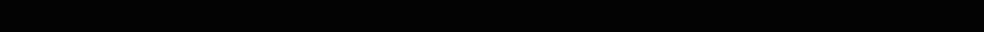


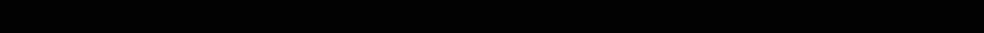












#### BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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                         | Dr. Sofia Othmani<br>gynécologue obstétricienne<br>d El Qods Riad El Qods, GH2<br>Date: 02/02/2023<br>Signature: Dr. Sofia Othmani<br>Gynéco - Obst. 02/02/2023<br>d El Qods Riad El Qods, GH2 |
| 02/02/2023      | consultation      | gratuit               |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Omnia Casablanca<br>10 Lt. 1002, Avenue Omnia<br>Casablanca<br>Tunisie 22523629 | 02/02/23 | 1492,60               |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr Imane Belkacem<br>Laboratoire d'Anatomie Pathologique<br>El Oued, Immeuble Riad<br>Tétouan - Appt N° 3 - Casablanca<br>Tél: 0524 643 07 01 / 09 22 62 00<br>INPE: 09127185 | 21/02/23 | 21000                        | 11000 DH               |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2302020907331/

CHIMOUN

Aicha

07/06/1970

ETAGE 01

MUPRAS

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.T.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B2  
P.P.V. : 138DH10



6 118001 080472

Casablanca le,

02/07/2013

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

Aicha Chimoun

18630

1) Argentini 1000 1 sachet / (2h)

138,10x2

2) Dexam 1000 1000 1 sachet / (8h)

3010

Terid 1000 1000 1 sachet / (12h 5)

14,00

Dolys 4600

Betadine non tueuse

492,60



1 tablette / j.



sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.T.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B2  
P.P.V. : 138DH10



Pharmacie Omariya Casablanca  
rue 49 lot 12, Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
Hay Inara, Ain Sebaâ - Casablanca  
Tél: 05 22 52 36 29

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE - RIDE 12, Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
22, ERLAGH, Casablanca 20250 - Casablanca  
BDE ERLAGH, Casablanca 20250 - Casablanca  
6, RUE EL MAMARIA, Casablanca 20250 - Casablanca  
Appr. 105 22 50 50 71

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

PPU: 126,30 DH  
LOT: 650795  
PER: 08/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
12 sachets



LABORATOIRE D'ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

Dr. IMANE BELIAMIME

Médecin spécialiste en Anatomie  
et Cytologie Pathologiques



2302020907331./

L CHIMOUN

Aicha

07/06/1970

DEMANDE D'EXA

ETAGE 01

MUPRAS

De la part du Docteur : .....  
Nom et prénom : Aicha. Age: 52

Tél : .....

Date du prélèvement : .....

Siège et nature du prélèvement : FCV +

Renseignements cliniques :  
Biopsie endométriale

Hémorragie postménstruelle

Cytologie:

- Frottis : Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles : .....

- Autres : Ponction  Liquide

- Traitements éventuels : .....

Date : Dr. Imane BELIAMIME Signature :

Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie  
Bd El Qods, Immeuble Riad El Qods  
1er étage, Appt N° 3 - Casablanca  
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82  
INPE: 091271830

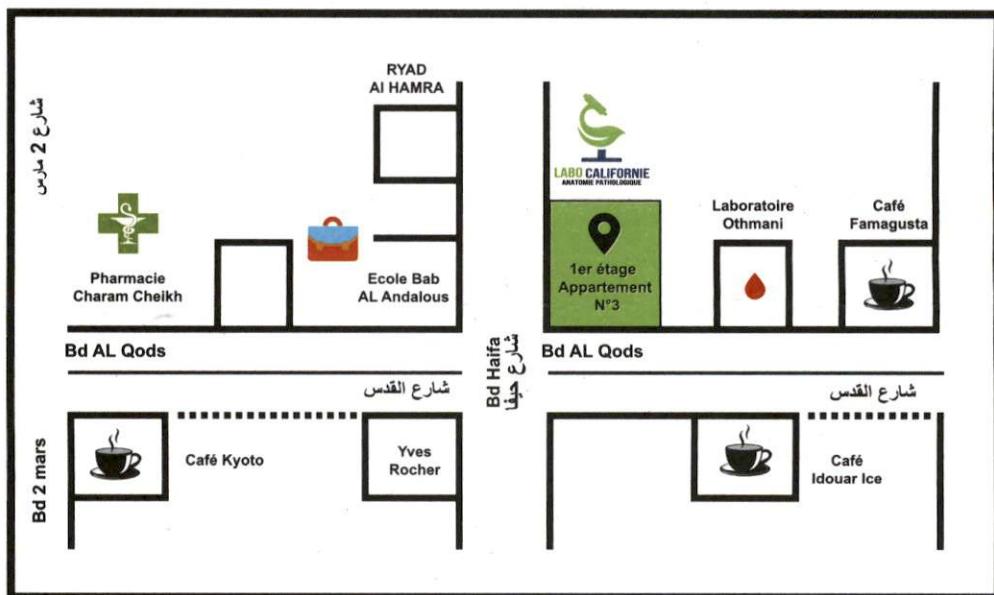
شارع القدس، افقيه بحض القدس، 2H الطابق الاول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Qods GH2, 1<sup>er</sup> 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 الاتصال بنا هاتفيًا لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



شارع القدس، إقامة رياض القدس، H2 الطابق الأول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1<sup>er</sup> 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](mailto:ibeliamime@labocalifornie.com) [www.labocalifornie.ma](http://www.labocalifornie.ma)

**LABORATOIRE D'ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE CALIFORNIE**

**Dr . IMANE BELIAMIME**

Médecin spécialiste en Anatomie  
et Cytologie Pathologiques



**مختبر التشريح المرضي**

**كاليفورنيا**

**د. إيمان بلياميم**

**طبيبة اختصاصية  
فخ. التشريح المرضي**

**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 cytocentrifugation 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 cytolysé. 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 Quods GH2  
Téléphone: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27  
INPE: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27  
Email: ibeliamime@labocalifornie.com

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

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1<sup>er</sup> étage Appartement N°3, Casablanca

Page 1/1

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

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

# LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

## 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 BELIAMINE  
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 01 49 27  
INPE : 091271890

**CLINIQUE VILLE VERTE**

ELS AN  
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     | <b>CHIMOUN AICHA</b> | Entrée            | Sortie            |
|-----------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| Prise en charge | <b>PAYANTS</b>       | <b>02/02/2023</b> | <b>02/02/2023</b> |

|                             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant         |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> |        |            |               |                 |
| CBE                         | 1,00   |            | 4 500,00      | 4 500,00        |
|                             |        |            | Sous-Total    | 4 500,00        |
| <b>Total</b>                |        |            |               | <b>4 500,00</b> |

|   |                      |                 |
|---|----------------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br>QUATRE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS | <b>Total général</b> | <b>4 500,00</b> |
|---|----------------------|-----------------|

| Encaissements | Espèces         |  |  |  | Total encaissé  | Solde       |
|---------------|-----------------|--|--|--|-----------------|-------------|
|               | <b>4 500,00</b> |  |  |  | <b>4 500,00</b> | <b>0,00</b> |

# CLINIQUE VILLE VERTE

ELSAN  
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 MmeCHIMOUN 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, Ville Vert Bouskoura 20180 - Casablanca  
Bouskoura Casablanca (2)  
Tél: 0522 51 23 - 0667 57 57 57