

## 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

- 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.

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

N° W21-781492

150270

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAI**

Matricule : **0019** Société : **RAI**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **KADIRI OTMANI ABDERRAHMANE**

Date de naissance : **07 Rue ALLAL BEN ABDELLAH**

Adresse : **TANGER**

Tél. : **0668197795** Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **FARAH MAHMOUD HUSSEN**  
Gynécologue - Obstétricienne  
N° 3 80.000 RABAT El Jalfa  
Casablanca  
Tél : 0522 65 69 05

Cachet du médecin :

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : **LABRIY FAIZA** Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **AFFECTION GYNÉCOLOGIQUE**

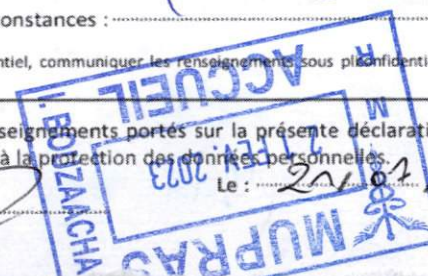
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : **Casablanca** Le : **22/01/23**

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_





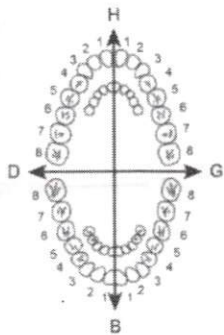
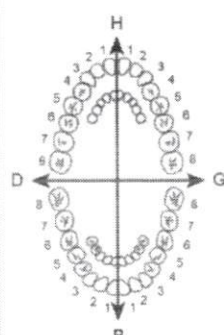
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.01.2023	CS		300 DH	INF: 0911A2687 Dr. FARAH MAHMOUD HUSSEIN Gynécologue - Obstétricienne N° 3 BL Oum Rabi El Oufra Casablanca

[illegible][illegible][illegible]

**RELEVÉ 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>														
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div><table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table></div> <div>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>														
				DATE DU DEVIS	<div></div>															
				DATE DE L'EXECUTION	<div></div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Farah MAHMOUD HUSSEIN

SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien médecin aux CHU Ibn Rochd



الدكتورة فرح محمود حسين

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

## ORDONNANCE

Casablanca, le: 22/12/2023 في الدار البيضاء،

Mme Mlle LABRNY-FASTA

Prélèvement  
vaginal

Dr. FARAH MAHMOUD HUSSEIN  
Gynécologue - Obstétricienne  
N° 3 BD Oued Rabii El Oufra  
Casablanca  
Tél: 0522 65 89 69

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Youssef KAKAT  
M. El Hachemi  
60 Av. Omar Ibn Al-Khattab Tanger  
T: 05 39 32 2790 Fax: 05 39 32 25 90  
INF: 163400367

3, شارع واد أم الربيع تقاطع شارع واد درعة الطابق الأول - woloufa - الدار البيضاء  
3, Bd. Oued Oum Rabia (Intersection Bd. Oued Derâa) 1er Etage - Oulfa - Casablanca

✉ farahhussein\_554@hotmail.com ☎ 0522 65 89 69

Whatssap للمراسلات 0522 39 69 60 - 0522 39 69 60

06666 64 6885



Dossier ouvert le : 24/01/23

Edité le : 25/01/23

Prélèvement effectué à 11:16

Mme LABRINY FAIZA

Dossier N° : 23A1145

DDN : 21/02/1978

Docteur FARAH MAHMOUD HUSSEIN

Code patient :



Page : 1/1

### BACTERIOLOGIE

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE D'UN PRELEVEMENT CERVICO-VAGINAL

Gélose chocolat au sang cuit + polyvitex - Gélose au sang - Gélose Sabouraud chloramphénicol

Origine ..... : Prélèvement effectué au laboratoire.  
Heure de recueil ..... : 11h30  
Heure de réception ..... : --  
Traitement ..... : non  
Grossesse ..... : non  
Aspect des pertes ..... : Blanchâtre.  
PH ..... : 7

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

LEUCOCYTES ..... : Quelques.  
HEMATIES ..... : Absence.  
CELLULES EPITHELIALES ..... : Quelques.  
LEVURES ..... : Absence.  
FILAMENTS MYCELIENS ..... : Absence.  
TRICHOMONAS VAGINALIS ..... : Absence.  
AUTRES ELEMENTS ..... : Absence.  
FLORE (Coloration de GRAM) ..... : Nombreux bacilles gram positif.

#### RESULTATS DE LA CULTURE

GERMES ..... : Nombreux LACTOBACILLES  
SCORE DE NUGENT ..... : 1

COMMENTAIRES ..... : Flore de DODERLEIN normale.

\* Interprétation du score de NUGENT :

Score entre 0 et 3 : Flore normale

Score entre 4 et 6 : Flore intermédiaire.

Les lactobacilles sont peu abondants, associés à d'autres morphologies peu diversifiées présente en quantité relativement limitée. il s'agit d'une flore vaginale altérée mais dont l'aspect bactériologique n'est pas en faveur d'une vaginose bactérienne.

Score entre 7 et 10 : Flore évocatrice d'une vaginose bactérienne.  
Disparition des Lactobacilles au profit d'une flore de type anaérobie abondante et polymorphe, avec présence éventuelle de vibrions et/ou de clue-celles.

\* Il est à noter que la recherche des Mycoplasmes et Chlamydiae n'est effectuée que s'elle est expressément demandée par le prescripteur.

\* Attention nouvelle méthode d'antibiogramme en milieu liquide (calcul de CMI) sur AUTOMATE VITEK2

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MEDI - LAB

Docteur Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

60, avenue Ibn Al Khattab - TANGER

INPE : 163000367



Tanger le 24 janvier 2023

Mme LABRINY FAIZA

FACTURE N°	150175		
Analyses :			
Cytobactériologie d'un prélèvt. vagina -----	B	105	Total : B 105
Prélèvements :			
Speculum-----	K	4	
TOTAL DOSSIER			180,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cent Quatre vingt Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Docteur Youssef SEKKAT  
60 Av. Omar Ibn Al Khattab - Tanger  
Tel: 0539322290 - Fax: 0539322590  
INPE: 163000367