

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 066862

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société : 154538
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Rholam Rita
Date de naissance : 01.07.1974
Adresse : Terrasses de Bouskoura imm 10 apt 1
ville verte
Tél. : 0661334217 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNIS Mohamed
Gynécologue
54 Boulevard Ghandi
Tél: 06 79 42 00 66

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Rholam Rita Age: 49 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 23/03/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/03/23 | V2 + Echo | 1 | 400 DM | Dr. B. Mohamed Gynécologue 54, Boulevard Ghandi Tél: 06 79 42 00 66 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| DR. ALAQUI BOU 310, Rue Omar Rih - Casablanca Tél: 05 22 44 51 00 / 05 22 44 52 30 Fax: 05 22 44 51 00 / 05 22 44 52 30 | 11/03/23 | 8 230 | 270,- |
| | 13/03/23 | 225 + 434 | 800 DM |

AUXILIAIRES MEDICAUX

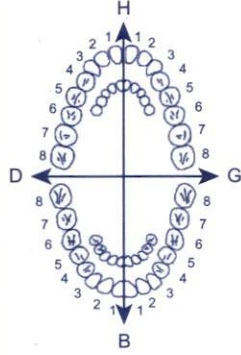
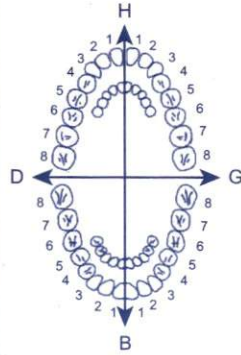
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canaux, 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"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 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



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. Bennis Mohamed
Nom et Prénom du Patient RHOLAM Rito
Age 49 ans
Date du prélèvement 10/03/2023
Référence
Renseignements cliniques et paraclinique

Siège du prélèvement
Nature de l'acte réalisé
Thérapeutique préalablement instituée
Acte chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐
Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V et biopsie endométriale à visée hormonale

- Date des dernières règles
- Parité III
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle
- FCV : Vagin ☐ Exacer ☐ Endocor ☐
- CBE : Endomètre ☐

Dr. BENNIS Mohamed
Gynécologue
54, Boulevard Zouhar
Tél: 06 79 45 00 00

Signature et Cachet

Docteur Md Bennis

Gynécologue - Obstétricien

Diplômé de la Faculté de médecine de Reims

Infertilité du couple

دكتور محمد بنيس

طبيب أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب ريمس

عقم الزوجين

Casablanca, le 10/3/23

Chère Rhodane Rita.

Free mammographie
Écho —

Quels

Dr. BENNIS Mohamed
Gynécologue
54, Boulevard Ghandi
Tél: 06 79 42 00 66



Consultation d'infertilité - Tél. : 06 79 42 00 66

Clinique Ghandi 54, Bvd Ghandi Casablanca - Tél. : 05 22 39 81 94

E-mail : gfbennis@gmail.com

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 23002337 N° Facture : 23002283 Date facturati 10/03/2023

Nom et prénom du patient : **Mme RHOLAM RITA**

| PRESTATIONS | | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|-------------|---------------------|--------|---------------|------------------|
| | MAMMO+ECHO MAMMAIRE | 1.00 | 880.00 | 880.00 |
| | | | Sous-Total | 880.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit cent quatre-vingt dirhams

Total : 880.00DH

| | | | | |
|----------|---|----------------|---|-----------|
| Adhérent | : | Part organisme | : | 0.00 DH |
| Mle | : | Part patient | : | 880.00 DH |
| PC N° | : | | | |

RADIOLOGIE ANNUAL 111
Oncologie & Diagnostique du Mammoc

ICF: 003634006000058
111, 111, 111
Tel: 05 22 86 09 99 - GSM 06 63 57 42 60



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 11/03/2023

Facture N° 200491339

ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 270,00 DH

DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 11/03/2023

Pour MME RHOLAM RITA

Sur ordonnance du DR: BENNIS M.

Dr. ALAOUZ BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02

310, Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - Gsm : 06 61 32 20 02

Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - INPE 091207704

Email : laboratoirealaoui@gmail.com

Casablanca



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 16/03/2023

Nom et prénom: MME RHOLAM RITA
Sur ordonnance du Dr: BENNIS M.
N° d'anapath: 121ACL0323

Parvenu au laboratoire le 11/03/2023

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 49 ans
Dépistage

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du frottis : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect leucocytaire banal
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, intermédiaires et parabasales normales
5. Cellules glandulaires : Peu nombreuses normales

Conclusion:

Frottis cervical **jonctionnel** normal, eutrophique

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 - Fax: 0522 44 52 30
Gsm: 06 61 32 20 02

Casablanca, le 10 Mars 2023

DR. BENNIS MOHAMED

MME. RHOLAM RITA

COMPTE RENDU

MAMMOGRAPHIE NUMERISEE

Technique :

Incidences de face crânio-caudales et obliques sur les deux seins avec étude en tomosynthèse.

Résultat :

- Seins en involution graisseuse totale.
- Absence de lésion focale ou rupture architecturale identifiable.
- Absence de foyer de microcalcification suspect.
- Prothèse mammaire bilatérale.
- Deux calcifications annulaires du sein droit d'allure bénigne.
- Respect du revêtement cutané et sous cutané.
- Prolongements axillaires libres.

COMPLEMENT ECHOGRAPHIQUE :

- L'exploration échographique ne retrouve aucune lésion kystique ou tissulaire aussi bien au niveau du sein droit qu'au niveau du sein gauche.
- Absence d'adénopathie axillaire à droite comme à gauche.

Conclusion :

Mammographie et échographie mammaire ne révélant pas d'anomalie


DR. EL GHAZI MOHAMED

Dr. EL GHAZI Mohamed
Médecin Spécialiste en Radiologie
Diagnostic et Interventionnelle

