

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W21-785748

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9795 Société : RAA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOHEN OUAFAE

Date de naissance : 16/08/1986

Adresse :

Tél. : 0661067136 Total des frais engagés : 550,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KOHEN OUAFAE Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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

Fait à : Le : 30/10/23

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
30/5/23	Inuits cervical	280	an	INP : 09M64723

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
--	------	-----------------------

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

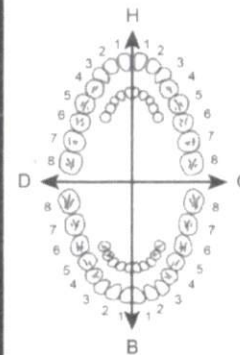
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SCHEERKAD 4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage 20140 - Casablanca Patente 0-200518 - I.F.: 41807041 CNSS: 2294015 - ICE: 001502419000037	01/06/23	B245	300 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

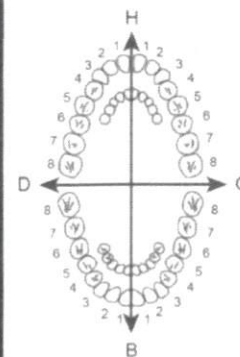
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H			
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 01/06/2023

**Facture N° 370552**

N° D'ANA-PATH	IDAPIJ5	
NOM PRENOM	KOHEN	OUAFAE
ADRESSE PAR :	DR EL ABBASSI BERGA	
ORGANE	UTERUS-COL.	
COTATION B	245	
COTATION K:		
TOTAL DH :	300	

**Cachet et signature :**  
LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage  
20140 - Casablanca  
Patente : 34206518 - I.F.: 41801041  
CNSS : 2294015 - ICE : 00150241900008





# مختبر شـهـرـزاد

## LABORATOIRE SCHEHERAZAD

### CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - 06 66.02.86.31 - الدار البيضاء 5 - شارع الزرقطوني الطابق 5  
Fax : 05 22.47.55.73 - E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

ADAPAS  
Ph

#### DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 30/05/23  
Médecin prescripteur : COLLEN  
Nom du patient :  
Nom de jeune fille :  
Adresse :  
Référence N° :  
N° Tél :  
Prénom : OUARAE  
Date de naissance :  
N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extemporane ☐

Siège, organe ou tissu : .....

Examens antérieurs : .....

Renseignements cliniques & paracliniques : .....

Dépistage - sans taraxifène

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : 30/05/23

- Parité : 3638

- Traitement hormonal : TARAXIFÈNE

- Test au Lugol :

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage  
20140 - Casablanca  
Patente : 34206518 - I.F. : 41807041  
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087

Signature & Cachet



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerktouni 5<sup>ème</sup> étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax: 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com  
INPE: Lab: 091070078/ Med.: 093002921- ICE: 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

**DR EL ABBASSI BERGAM**

Pour

**Mme KOHEN OUAFAR**

Age :  
Référence : 1DAP1J5  
Parvenu : Le 01/06/2023  
Répondu : Le 02/06/2023  
Organe : UTERUS-COL.  
Ménopausée ;  
Tamoxifène ;  
3G-3P. ;  
Prélèvement intitulé exo et endocol .

### **- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -**

\*\*\*\*\*

#### MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin parvenu effectué en phase liquide , à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche .

#### QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est macroscopiquement hémorragique et de qualité satisfaisante.

#### CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes

#### CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- \* cellules malpighiennes exocervicales intermédiaires et para-basales
- \* cellules endocervicales en remaniement inflammatoire aigu hémorragique

#### FLORE MICROBIENNE

Flore mixte non spécifique.

#### CONCLUSION:

- Cervicite aiguë hémorragique sans signe de spécificité;
- Sub-atrophie;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO  
CYTOPATHOLOGIQUES  
4, Boulevard Zerktouni - Casablanca 01  
Tél.: 05 22 22 69 88 - Fax: 05 22 20 51 17

Très cordialement,  
**DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.**