

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9795

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KATHEN

OUANFAE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661067136

Total des frais engagés : 550,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

Age:

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 30/05/2023

Signature : 

RELEVE 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	Polety cervical		280	INP : 09M647L3 AP
			20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

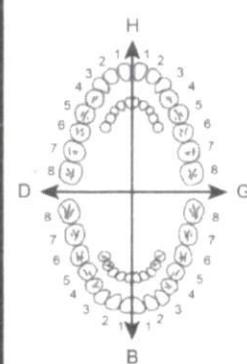
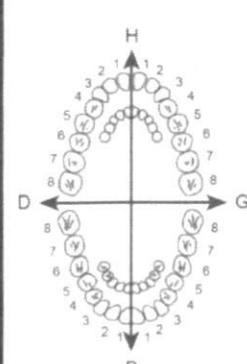
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE SCHEFER</i> 4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage 20140 - Casablanca Patente : 01206518 - I.F. : 41807041 CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000310101/23		BZLHS	300 DH

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.

		COEF DES TRAVAUX																		
		MONTANTS DES SOINS																		
		DEBUT D'EXECUTION																		
		FIN D'EXECUTION																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
		MONTANTS DES SOINS																		
		DATE DU DEVIS																		
		DATE DE L'EXECUTION																		
																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433562		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433562																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
G																				
B																				
																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				



LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Bd Zerkouni - 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 1DAP1J5

NOM PRENOM KOHEN OUAFAE

ADRESSE PAR : DR EL ABBASSI BERGA

ORGANE UTERUS-COL.

COTATION B 245

COTATION K:

TOTAL DH : 300

Cachet et signature :

4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage
20140 - Casablanca
Patente : 34206518 - I.F. : 41807041
CNSS : 2294015 - ICE : 00150241900008



مختبر شهزاد

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, شارع الزرقطوني الطابق 5 - الدار البيضاء - Tél. : 0522.22.69.88/89 - 06 66.02.86.31
Fax : 05 22.47.55.73 - E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéhérazad 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'Academie Internationale de Pathologie

ADA 18/5
m

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 30/05/23 Référence N° :

Médecin prescripteur : KOTTER N° Tél. :

Nom du patient : OUAFA Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse : N° Tél. :

Type de Prélèvement : Cytologie Biopsie Curetage Exérèse Extemporané

Siège, organe ou tissus:

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques :

Dépistage : sous Dr Toki lemo

Frottis de dépistage : Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles : 25/03/22

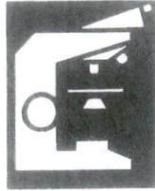
- Parité : 3G3P

- Traitement hormonal : TM de la femme

- Test au Lugol : negatif

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage
20140 - Casablanca
Patente : 01206518 - I.F. : 418074041
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087

Signature & Cachet



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5^{ème} 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'Academie Internationale de Pathologie

DR EL ABBASSI BERGAM
Pour
Mme KOHEN OUAFAE

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 Zerkouni - Casablanca 01
Tél: 05.22.22.69.88/89 - Fax: 05.22.20.51.17

Très confraternellement,
DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.