

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0050715

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2106 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHERICHEB LAMIA
Date de naissance : 29/08/69
Adresse : Wissek 04 DUS Rue 1 n° 36 cologne
casablanca
Tél. : 661693351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : CHERICHEB Lami Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection gynécologique
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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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


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
18/07/23	C3		300dh	
18/07/23	échographie pelvienne		300dh	

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
	20/07/23	P270	250 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

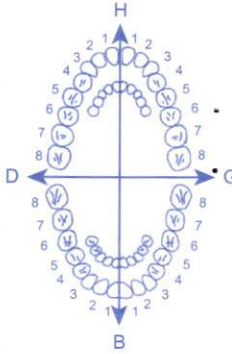
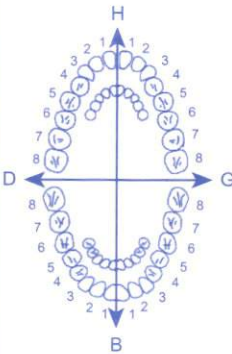
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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>G</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></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

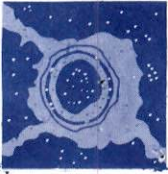
Casablanca

Casablanca, Le : 18/07/23

RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme
de six cents (600dh) dirhams de
Mme CHEBICHEB LAMIA pour
Une consultation spécialisée (300 dh)
+ une échographie pelvienne (300 dh).





LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : CHERBICHER MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 19.6.2, 3 par Lamia

Référence :

Siège et nature du prélèvement : FW

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☒ Exocol ☒ Endocol ☒ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

.....

.....

.....

.....

.....

Radiographies :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

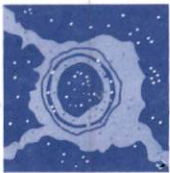
.....



18 JUL. 2023

Signature :

.....



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 42887

CASABLANCA LE : 20/07/2023

Analyses effectuées le: 20/07/2023

Pour.....: **Mme CHEBICHEB LAMIA**

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: 33WZ7020



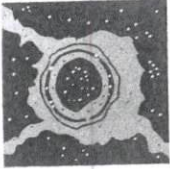
Organisme.....: **NC**

Montant Net : 250.00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
IBN KHALDOUN
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL
104, Bis Angle d. Abdelmoumen et Rue Chatila



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : CHEBICHEB LAMIA

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F

Age : 61A ans

Date de réception : 20/07/2023

Organisme : 230720630

Code Patient : 33WZ7020

Organe : Col utérin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : FCV de dépistage

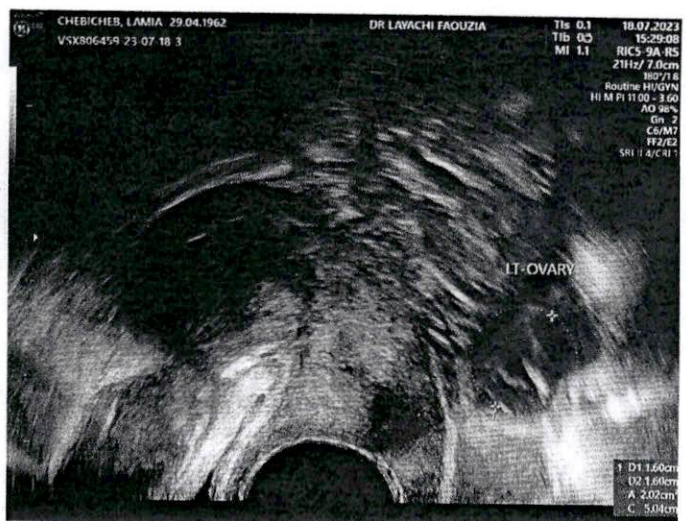
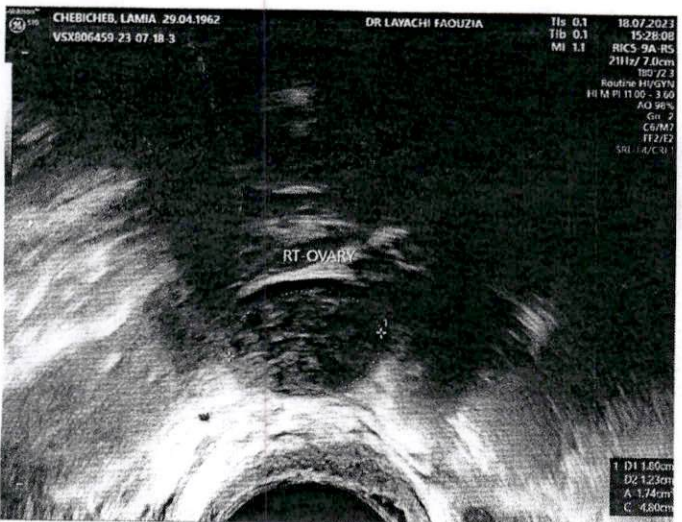
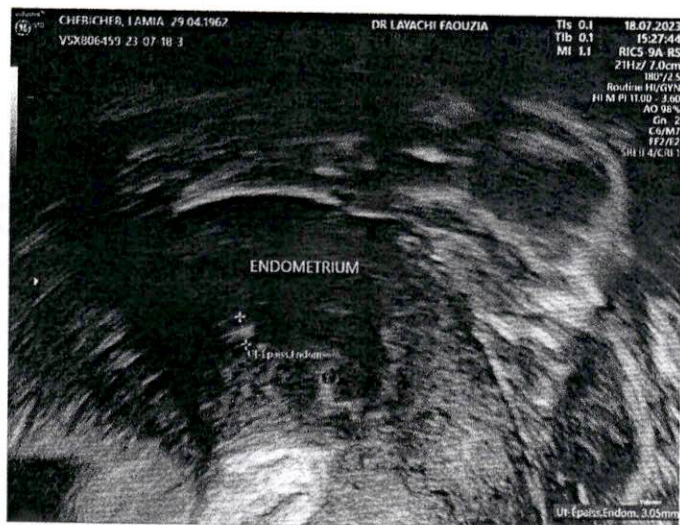
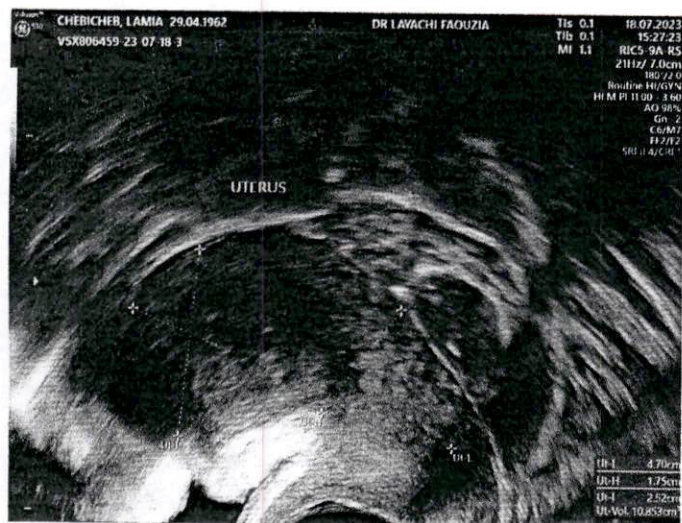
L'examen après centrifugation et traitement en phase liquide montre un fond riche en lactobacilles de Doderlein.

La desquamation malpighienne est faite essentiellement de cellules intermédiaires d'allure régulière avec un rapport nucléocytoplasmique conservé. Ces cellules sont isolées ou groupées en placards. On note, aussi, la présence de noyaux nus.

Il n'est pas reconnu de cellule endocervicale.

CONCLUSION : - Frottis cervical hypotrophique et cytolytique.
- Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité.

Signé : DR. F. SEKKAT **



Dr. Layachi - Tahiri Faouzia
Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - MAARIF Casablanca

Tél : 0628 56 92 59

Email : dr.faouzialayachi@gmail.com

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

18/07/2023

Mme CHEBICHEB Lamia

-Utérus

Position

Antéverse antéfléchi

- Contours

Réguliers

- Dimensions

Distance fond -isthme : 47 mm

Epaisseur au niveau du corps : 17 mm

Largeur dans le fond utérin : 25 mm

- Echostructure

Homogène/

- Endometre

Régulier, mesure 3 mm

- Annexes atrophiques

- Douglas : Libre

Conclusion

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE

