

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

- 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° W21-786340



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10378

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELGHAFI IMANE

Date de naissance :

29/03/1978

Adresse :

RESIDENCE AMBAR 4 IMM D APP03

ENNASSIM ALMAZ

0663471542

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

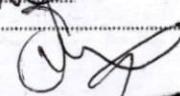
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDI n° : A-A-215/2019

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
07/04/2023		100		INP : 1411111111 BEKOUDI, Dr. Obstétricien, Rte d'Azenay, 17450 Blain, tél. 02 33 21 33 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/21/2013	167.88

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	INDIVIDUAL											
	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000		35533411		11433553
H	G											
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000												
35533411												
11433553												
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p>												
<p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>												
<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>												
<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane BEKOUCHI
Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein
 Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroskopie
 Stérilité - Procréation Médicalement Assistée
 Diplômée en Echographie de l'Université
 Paris - Descartes



دكتور إيمان بکوشی
اختصاصية في أمراض النساء
والتواليد

جراحة السرطان - أمراض الثدي
 التشخيص و الجراحة بالمنظار - العقم
 المساعدة الطبية على الإنجاب
 حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامدة
 ديكارت- باريس

Casablanca, le : 23/2/2022 الدار البيضاء، في :

Mme :

Ne Béfouzi B

36,30.

Thérapie 00

100 100

S.V

دكتور
Pharmacie Nassim Islane
Dr. BENNOUINA Soumaya
31 Lot. Nassim Islane 1000 Casablanca
Tel.: 05 22 93 85 98 / 06 06 924 923

131,60.

Ne x 100

100 100

N.S

دكتور
(Fix)
(Fix)

Dr. BENNOUINA Soumaya
31 Lot. Nassim Islane 1000 Casablanca
Tel.: 05 22 93 85 98 / 06 06 924 923

CDK
11

Dr. BEKOUCHI
Obstétricienne
Centre d'Azemmour
11ème étage - N° 11
Casablanca
Tel.: 05 22 93 09 930

مغاربة الجالية المدخل بـ، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزمور- الحي الحسني - الدار البيضاء

Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B, 2ème Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tel.: 05 22 93 09 930

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

FACTURE

REF : FA23000621

Date de facturation 16 / 02 / 2023
Médecin traitant DR IMANE BEKOUCHI
Patient BELGHAZI IMANE
Demande C230216933 - 16/02/2023
Organisme AUCUN

Liste des examens

FCU FCU +

Cytologie

FCU +

A Payer	300,00	Dhs
Coef-P	273	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2.
1er étage, Appt N° 3 - Casablanca
Tel: 05 22 50 88 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE : 091271890

LABORATOIRE D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

Dr. IMANE BELIAMIME

Médecin spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques



مختبر التشريح المرضي
كاليفورنيا
د. إيمان بلياميم

طبيبة اختصاصية
مختبر التشريح المرضي

REÇU LE : 16/02/2023
EDITE LE : 17/02/2023

NOM & PRENOM: BELGHAZI IMANE

AGE : . ans

PRESCRIPTEUR: DR IMANE BEKOUCHE

REF : C230216933

ORGANE : FCU

ORGANISME : AUCUN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCU de dépistage.

COMPTE RENDU CYTOPATHOLOGIQUE

- Frottis cervico-utérin en milieu liquide.

- Qualité du frottis :

Très bonne qualité.

- Classification du frottis selon le système de BETHESDA :
Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis est étudié après cytocentrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide, il montre une cellularité adéquate faite de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléo-cytoplasmique, des cellules intermédiaires à cytoplasme basophile et à noyau régulier, avec quelques cellules parabasales. Le fond est ponctué de polynucléaires neutrophiles. Il n'est pas noté de microorganismes ou de signes cytologiques d'infestation virale ou de dysplasie.

CONCLUSION :

Frottis cervico-utérin modérément inflammatoire.

Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

Dr. Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1^{er} étage Appartement N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE: 091271590