

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

183387  
**Déclaration de Maladie : N° S19-0044598**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **134129**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Sauhazina Zeragui** Date de naissance : **15/06/1993**

Adresse : **98, Boulevard Aoual Residence Aoual Plaza**

Tél. : **0602 565637** Total des frais engagés : **8000** Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin

*Dr. Hicham BEN ABBEY*  
Gynécologue  
239 Bd Moulay Youssef - Casablanca - Tel. : 05 22 20 45 45  
Fax : 05 22 22 78 18

Date de consultation

*03/11/2023*

Nom et prénom du malade

*ZENAGU*

Age : **30**

Lieu de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie

*Colite*

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**

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : **3/11/2023**

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.																
<b>Important :</b> 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												
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <b>FIN D'EXECUTION</b>														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">*</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	*	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
*	35533411	11433553														
		<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <b>DATE DU DEVIS</b> <b>DATE DE L'EXECUTION</b>														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																



## مختبر التشريح المرضي شارع ڭلميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° 2023M165C

Nom et Prénom : Zenayni Soukaine

Montant : 300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1670

Casablanca, le 06/11/23

## Cachet et Signature

ICE:

001708190000042

INPE: 091168021

Le 633, Rue Goulimma - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 2 - Bourgogne Casablanca  
à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed  
Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulimma@yahoo.fr



# مختبر التشريح المرضي شارع كلمية

## Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



**Dr Fadoua EL MANSOURI**  
Professeur en Anatomie Pathologique

**الدكتورة المنصوري فدوى**  
أستاذة في التشريح المرضي

Réf .202311165C

Reçu le 04/11/2023

**Nom et prénom :** Zenagui Soukaina

**Médecin :** Dr Ben Abbes Taarji

**Age :** 30ans

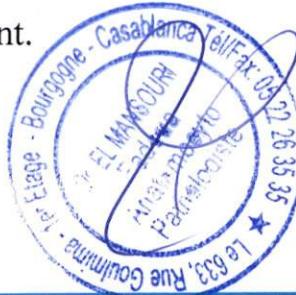
**Adresse :** Casablanca

**Résumé des renseignements cliniques :** Col propre + + FCV de dépistage.

- 1- **Méthode de prélèvement :** Frottis en milieu liquide.
- 2- **Type de prélèvement :** col et vagin.
- 3- **Qualité du prélèvement :** satisfaisant
- 4- **Fond :** inflammatoire modéré avec présence de rares polynucléaires neutrophiles organisés souvent en placards et en agrégats et altérés ailleurs.
- 5- **Profil hormonal :** trophicité assez bonne pour l'âge.
- 6- **Cellules malpighiennes :** Présence de cellules basales et parabasales de type métaplasique ; à cytoplasme cyanophile et éosinophile d'aspect régulier quand c'est analysable.
- 7-**Cellules glandulaires :** Rares cellules isolées en voie de lyse.
- 8-**Flore vaginal :** Flore de Doderlin de densité exubérante avec présence de germes à morphologie de Candida.

### CONCLUSION

- Frottis cervico-utérin cytolytique et inflammatoire modéré.
- Présence en outre faveur de filaments mycéliens à morphologie de candida
- Absence de signes cytologique de malignité sur ce prélèvement.



Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histochemie - Extemporané - Immunohistochemie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca  
à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed  
Tél./Fax : **05 22 26 35 35** - Urgences : **06 14 88 11 88** - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr



مختبر التشريح المرضي شارع ڭلميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua El Mansouri

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

2311165

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : ZENAGUI Soukaina

Médecin prescripteur : TAARZI

Age : 30 Date du prélèvement : 31/11/2023

Renseignements cliniques et para cliniques :

Col propre - Sangstiel

fev déphage

Siège et nature du prélèvement :



Examen cytopathologique :

FCV  Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

Date des derniers règles : Parité :

Traitements en cours :

Signature et Cachet du Médecin

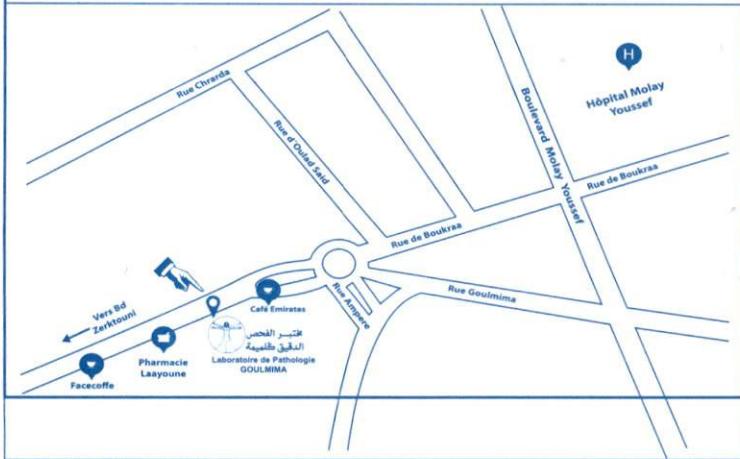
Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporané - Immunohisto chimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage - Appart N° 2 - Bourgogne - Casablanca

à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed

Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulimima@yahoo.fr

يمكنكم الإتصال بنا هاتفياً لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



زنقة ڭلامية. الطابق الأول. الشقة 2 - بورگون (قرب صيدلية العيون ولوكاميد) - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 2 - Bourgogne

(à côté Pharmacie Laayoune et LOCAMED) - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

قرب محطة الحافلات 43 - 14 - 67 - 56 - 10 - 60