

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7534

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABRANE MOUNA

Date de naissance : 08/08/1964

Adresse : 30 Rue ALOUKHOUANE CASA

Tél. : 0662213817 Total des frais engagés : 938 DHT

Cadre réservé au Médecin

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss I
Tél.: 022 86 41 01/05-Casa

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JABRANE MOUNA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD

ALC

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 10/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/01/26	Gynéco		300.00	
			100.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

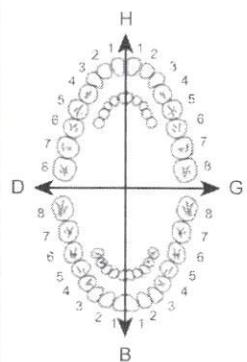
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

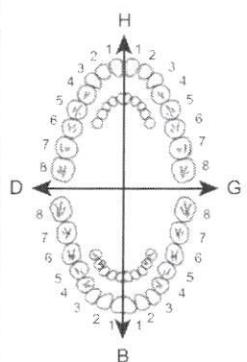
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remonté, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la professionnalisation

**Montant des
Honoraires**



MONTAN
DES SOIN

DEBUT
D'EXECUTIF

FIN
D'EXECUT

COEFFICIENTS DES TRAVAILLES

MONTAN
DES SOIN

DATE D
DEVIS

DATE D
1 EXECUT

Dr Saâd Agoumi

Spécialiste
Gynécologue - Obstétricien
Consultant en Responsabilité Médicale

Sur Rendez-vous



الدكتور سعد_agoumi

اختصاصي
أمراض النساء والولادة
مستشار في المسؤولية الطبية

بالميعاد

Mme : JABRANE Mouna

Casablanca le : 09/01/2014

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Bay Raha, Rue Sadafsale
Beauséjour - Casablanca
Tél: 094 99 34 / 0522 39 34 31
Fax: 0522 34 00 34



268 ₣

Arcoset - 90 ₣ 268 ₣



14 ₣ 6 ₣ 268 ₣

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss 1er
Tél: 0522 86 41 01
Fax: 0522 86 41 05

120, Bd Moulay Idriss 1er - Casablanca

Tél : 05 22 86 41 01 - Fax : 05 22 86 41 05

Aut. N° 12839

شارع مولاي ادريس الأول - الدار البيضاء ، 120

ف : 05 22 86 41 01 - فاكس : 05 22 86 41 05

Aut. N° 12839

LA

Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui

Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- FCV : Vagin Exocol Endocol

- CBE : Endomètre

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522.44.57.00 / Fax: 0522.44.52.30
GSM: 0661.32.20.02

Signature et Cachet

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Pathologiste

Diplomé de la faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)

Tél : 05 22 44 51 00

Fax : 05 21 44 52 30

Gsm : 06 61 32 20 02

Casablanca le: 09/01/2024

Casablanca le : 09 JAN 2024

Facture N° 200495870
ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 320,00 DH

TROIS CENT VINGT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 09/01/2024

Pour MME JABRANE MOUNA

Sur ordonnance du DR: AGOUMI S.

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02

310, Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - Gsm : 06 61 32 20 02

Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - Casablanca

Email : laboratoirealaoui@gmail.com

N° INPE 091207704

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Pathologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)

Tél : 05 22 44 51 00

Fax : 05 21 44 52 30

Gsm : 06 61 32 20 02

Casablanca le : 12 JAN 2024

Nom et prénom: MME JABRANE MOUNA
Sur ordonnance du Dr: AGOUMI S.
N° d'anapath: 063ACL0124

Parvenu au laboratoire le 09/01/2024

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 59 ans
RAS

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement: Frottis cervical

Qualité du prélèvement: Optimale

Diagnostic descriptif:

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, surtout intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Nombreuses normales

Conclusion

- Frottis cervical **jonctionnel** hypotrophique et dystrophique
- Absence de signe d'infection à HPV
- Absence de signe de métaplasie, de dysplasie ni de néoplasie

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
Omar Riffi - Casablanca
Fax: 0522 44 52 30