

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 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.

N° W21-821700

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 11053	Société : RAN	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : SAHIBANI KHALID
Nom & Prénom : SAHIBANI KHALID		
Date de naissance : 18.12.1968		
Adresse : Latajat El Jelouje Lot 314 boukhare		
Tél. : 0663 53 87 67	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 Dr. Nana Fatima Zahra Gynécologue - Accoucheur 35 Avenue 2 Novembre Casablanca INF. 101 052 22 78 18		
Date de consultation : Nom et prénom du malade : Chboukha Kima Age: Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Allergie Gymco Paroxysmique		
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) : 

ACCUEIL

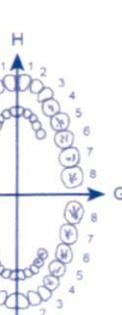
07 FEV. 2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cadet et signature du Médecin attestant Je Paiement des Actes
94 11 12 20/83	caz		300,00	Dr. ZAHRA 3 AVENUE LIBRE - 3000 CARA INPE: 091 156

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
Centre d'Anatomie Cytologique Pathologique 2 Rue de l'Espérance Tel/FAX: 05 22 82 22 82	22/12/23	P945 INPE:091227082	270DH

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE												
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nature des Soins <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Coefficient <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G	
H	25533412 21433552											
D	00000000 00000000											
B	35533411 11433553											
G												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Laboratoire d'Anatomie Et de Cytologie Pathologiques

2 Mars Sounna

Dr . NAOUMI Sanaâ

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine

Et de Pharmacie de Casablanca



د. نعومي سنا

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد

Tél / Fax : 05 22 82 74 88

Email : Ipathologie2marsounna@gmail.com

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr: 21/12/23

Nom et prénom du Patient: chbaik HaRime

Age : 48

Date du prélèvement:

Nature du prélèvement: Biopsie Biopsie Exérèse Pièce Opératoire Cytologie

Siège du prélèvement:

Renseignements Cliniques et paracliniques:

Antécédents :

Pour FCV et biopsie endométriale à visée hormonale:

Date des dernières règles:

Parité: 5 3 1 3

Thérapeutique antérieure ou en cours:

Durée du cycle:

Frottis conventionnel Vagin EXOCOT Endocot

Frottis monocouche

CBE

Cachet et Signature du médecin:

شارع 2 مارس هي المسجد زنقة رقم 453 (أمام مسجد السنّة)

Bd 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm 435 Casablanca (en face Mosquée Sounna)

Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques 2 Mars Sounna

FACTURE

REF : FA232344

Casablanca, le 25/12/2023

Date de facturation 25 / 12 / 2023
Médecin traitant DR NIANE FATIMA ZAHRA
Patient CHBOUK HAKIMA - 013347
Demande 2312-2205 - 22/12/2023

Liste des examens

A Payer	270,00	Dhs
coefficient-P	245	

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques
2 Mars Sounna
Bd 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm.453 Casab
Tél./Fax: 05 22 82 74 88



Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques

2 Mars Sounna

مختبر التشريح المرضي 2 مارس السنة

Date de prélèvement : 22/12/2023
Date de réponse : 25/12/2023
Sexe : F
Age : 43 ans

Réf. : C2312-2205
Nom du patient : CHBOUK HAKIMA
Date de réception : 22/12/2023
Préscripteur : DR NIANE FATIMA ZAHRA /

NATURE DU PRELEVEMENT

FCV

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

G3P3 .

L'examen cytologique du prélèvement examiné , après cytocentrifugation et également , montre un fond parsemé de quelques polynucléaires neutrophiles et lymphocytes renfermant une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel et intermédiaire régulières . Les rapports nucléocytoplasmiques sont conservés . Il n'est pas vu de koliocyte . Présence de quelques cellules endocervicales régulières .

Conclusion :

-Frottis sans anomalies .

Dr. NAOMI Sanaa
Medecin Anatomopathologiste