

## 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 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 une fois par an.

### 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>11134</u>	Société : <u>R. A. M.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>SAAOUD / MAJDA</u>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : <u>0660159320</u> Total des frais engagés : <u>1000000</u> Dhs		

PR4FR05 / V2 / 20-10-2023

**Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <u>23/03/2024</u>	
Nom et prénom du malade : <u>SAAOUD / MAJDA</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Maladie Chronique</u>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>Maladie Chronique</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Maladie Chronique</u>	
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 23 Mars 2024 Le : 23 Mars 2024

Signature de l'adhérent(e) : 



VOLET ADHERENT

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2/3/2014	CS		400	✓

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ALADOC - 80011 - Pathologie - 51001 - Coblanc - 44510	05/03/24	2227	250,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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**

La question est posée de préciser la diète 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'ODR.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires
--------------------------------	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LA

# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr.

Pr. H. M. M. I.

Nom et Prénom du Patient

S. A. A. OUD. M. A. Y. D. A.

Age

Date du prélèvement

02.03.2024

Référence

Ref 217ACL-1023

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

FCV de Cerv

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui

Si oui, rappeler la référence, SVP

Non

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
Pathologiste  
310, Rue Omar Rifi, Casablanca  
Tél: 05 22 44 51 00 - Fax: 05 22 44 52 02

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

Professeur Amine H. M. M. I.  
Gynécologue - Endocrinologue  
Tél: 05 22 44 51 00 - Fax: 05 22 44 52 02  
Email: laboratoirealaoui@gmail.com \* Patente n° 34306984

Signature et Cachet

GA

# Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Pathologiste  
Diplômé Faculté Médecine Lyon (FRANCE)

Casablanca le: 05/03/2024

**Facture N° 200496759**  
**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: 250,00 DH

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 05/03/2024

Pour MME SAAOUD MAJDA

Sur ordonnance du DR: HIMMI A.

Dr. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
Pathologiste  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30



# Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Pathologiste

Diplômé Faculté Médecine Lyon (FRANCE)

Casablanca, le 05/03/2024

Nom et prénom: MME SAAOUD MAJDA  
Sur ordonnance du Pr: HIMMI A.  
N° d'anapath: 048ACL0324

Parvenu au laboratoire le 05/03/2024

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: ans  
FCV de contrôle

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

Qualité du frottis : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect leucocytaire banal
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Intermédiaires normales
5. Cellules glandulaires : Peu nombreuses normales

## Conclusion

Frottis cervical **jonctionnel** normal, hypotrophique

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid  
Pathologiste  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30  
GSM: 0661 32 20 02