

## 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

- Reclamation : 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 Aïali Ben Abdellah - 3ème Etage Angle Rue Mohamed V et Rue Aïali Ben Abdellah - Quartier de l'Harbour - Casablanca 20000. Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18 www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-844421

198754

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11134 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAOUD / MASDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0660159320 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2024

Nom et prénom du malade : SAAOUD MASDA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthme

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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) :

VOLET ADHERENT

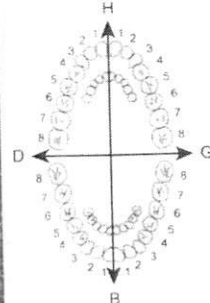
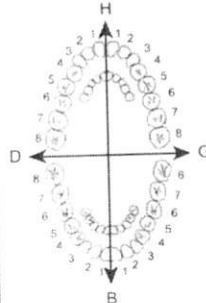
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2/3/24			400	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/03/24	222	250,-

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

tous

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
																											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B										
	H																										
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D	G																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	<table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Forçatéral, Thérapioutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Forçatéral, Thérapioutique, nécessaire à la profession																				
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																									
Forçatéral, Thérapioutique, nécessaire à la profession																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						





# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. P. Himmi

Nom et Prénom du Patient SAA OUD MAYDA

Age .....

Date du prélèvement 02.03.2024

Référence Ref 217ACL103

Renseignements cliniques et paracliniques .....

Siège du prélèvement FCV de col

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 ☐

Signature et Cachet



# 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 ABOELHAFID  
Pathologiste  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30  
GSM: 0661 32 20 02



# 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