

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

## **Déclaration de Maladie : № P19-0019741**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **3151** Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **OUAJI H ABD**

Date de naissance :

Adresse : **Lamyoune.**

Tél. : ..... Total des frais engagés : **1538,60** Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : **MUPRAS**

Date de consultation : **25/01/2011**

Nom et prénom du malade : **Mostafa OUAIH**

Lien de parenté : **AFFECTION** Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **EL MGHARI** Age : **40**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **JOUSSE**

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) : **(Signature)**

#### **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
25/09/2013	6 type	1	300 F	DOCTEUR MOSTAFI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 248 LCO PHARMACIE DE DABOUA TOI DE LA 23 20 86 DABOUA CHID EAR *	25/09/19	238,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p style="text-align: center;">             HICHAM BEN ABDELLAH            Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Lyon (France)            chef du Service d'Anatomie Pathologique            Hôpital Sainte-Justine            Rue Omar Battihi, Casablanca            0522 445 100 / Fax: 0522 445 230  <a href="mailto:hicham.benabdellah11@hotmail.com">hicham.benabdellah11@hotmail.com</a> </p>	05/09/19	2654	700.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important:**

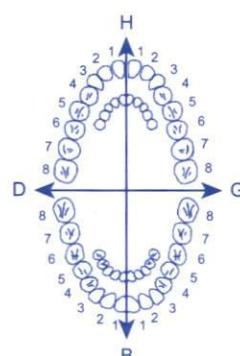
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

GAT

# 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 : .....

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

- CBE : Endomètre

Dr. MOSTAFA OUAID  
Gynécologie - Obstétrique  
24, Rue El Aoussi  
Tél: 05 22 44 52 22  
Fax: 05 22 44 52 33  
E-mail: mostafa.ouaid@hotmaill.com

Signature et Cachet

**Docteur Mostafa Ouaid**

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Lauréat de la Faculté de Médecine  
clermont-Ferrand (France)

Ancien Moniteur Clinique à l'Hôpital  
Notre Dame Montréal (Canada)

Coeliochirurgie - Chirurgie Gynécologique - Accouchement  
Maladies des seins - Stérilité - Echographie



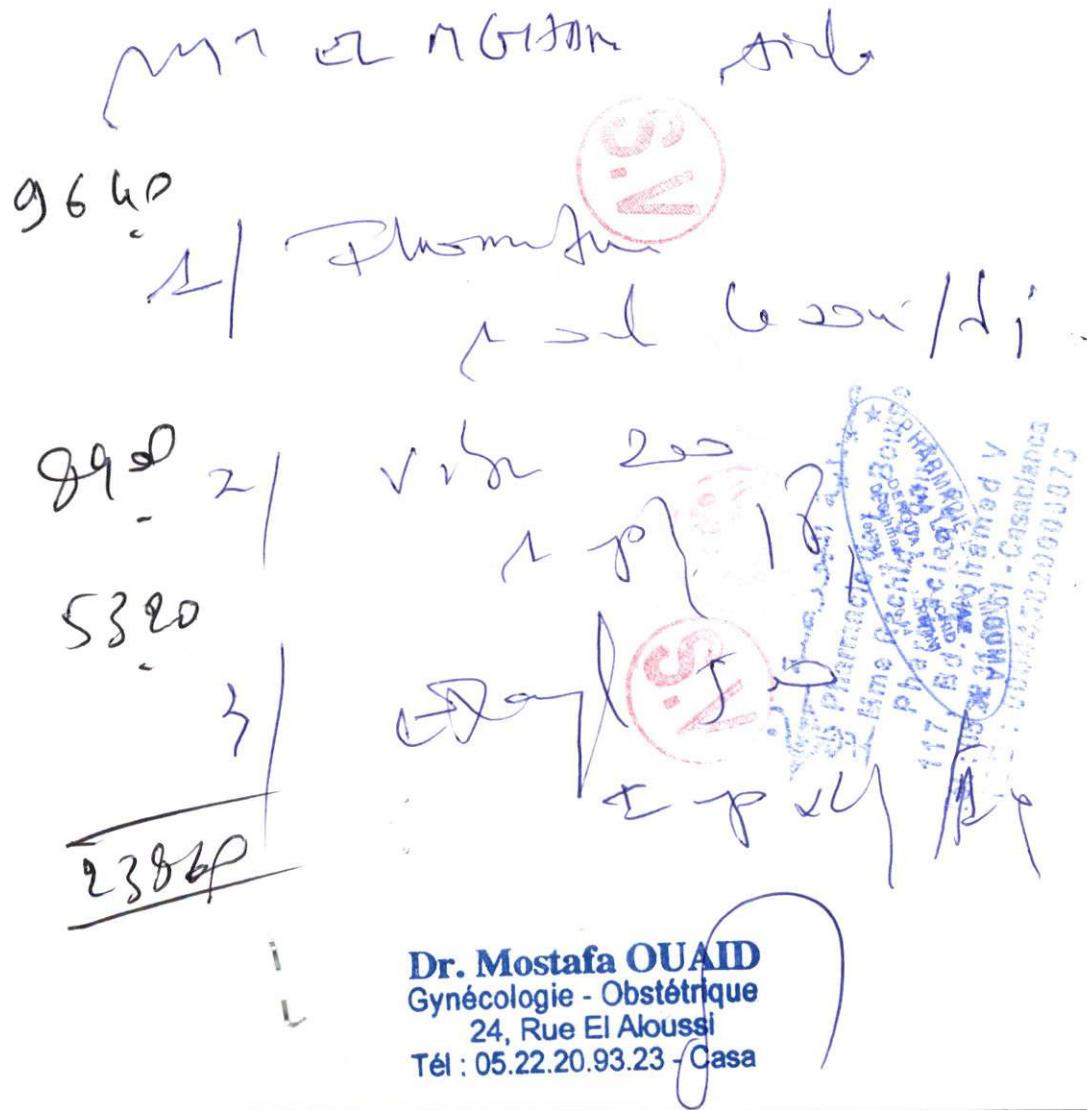
**الدكتور مصطفى واعظ**

إختصاصي في أمراض النساء والولادة

إختصاصي في أمراض النساء والولادة  
خريج كلية الطب بكيليرمون فيران (فرنسا)

معيد سابق بمستشفى نووتردام منتريال (كندا)

الجراحة بالمنظار الداخلي - الجراحة النسوية - التوليد  
أمراض الثدي - عقم الزوجين - الفحص بالصدى



**Dr. Mostafa OUAID**  
Gynécologie - Obstétrique  
24, Rue El Aloussi  
Tél : 05.22.20.93.23 - Casa

05 22 20 93 23 - 06 62 17 24 79 - 24. زنقة العلوسي - الطابق 3 ( أمام مصحة بدرا ) - الهاتف :  
Centre Médicale Bourgogne : 24, Rue El Aloussi - 3 ème étage (en face Clinique Badr) - Tél : 05 22 20 93 23 - 06 62 17 24 79  
E-mail : drouaidm@gmail.com - En cas d'urgence contactez Clinique les Papillons au : 0522 98 21 20

306774

PESPCTER LES DOSES PRESCRITES  
PP.V.: 96.40 DHS  
AMM.N: 2512/DNP/21/NNP  
Dr. M. EL BOUHNAJID, Primadien Responsable  
Agadir-Moroc  
96. Zone Industrielle Assila Reggane  
Distribue par ZENTH PHARMA

53,20

LOT N°: 1270839

UT.AV:

4/06050/4

P.P.V.

89,00





# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 25/09/2019

**Facture N° 200472355**  
**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: 700,00 DH

SEPT CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 25/09/2019

Pour MME EL MGHARI AICHA

Sur ordonnance du DR: QUAID M.

DR ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomie Pathologique de la Faculté  
de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Militaire Avicenne  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30  
E-mail: dralaoui11@hotmail.com



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 26/09/2019

Nom et prénom: MME EL MGHARI AICHA  
Sur ordonnance du Dr: OUAID M.  
N° d'anapath: 418AHB0919

Parvenu au laboratoire le 25/09/2019

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: ans  
Polype accouché par le col

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### FCV

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du prélèvement : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Inflammatoire (+)  
Absence de spore, de filament mycélien ni de parasite
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Nombreuses normales

### Conclusion

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

### Col utérin

Nature de l'acte opératoire : Polypectomie

Nombre de fragments : 1

Dimensions des fragments : 1,5 cm

Aspect extérieur et tranches de section : Polypoïde

Coupes microscopiques :

- Revêtement épithéial cylindrique simple normal, focalement ulcéré
- Glandes nombreuses, de taille variable, bordées par un épithélium cylindrique simple normal
- Chorion fibro-congestif siège d'un infiltrat inflammatoire chronique

Conclusion : Polype fibro-glandulaire, focalement ulcére et inflammatoire de l'endocol

Absence de signe de métaplasie ni de dysplasie

Pas de malignité

*DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
Anatomo Pathologique de la Faculté  
de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Militaire Avicenne  
370, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél. 032 24 44 51 00 - Fax : 05 22 44 52 30 - E-mail : 111@hotmail.com*

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigne : ... A.B.D... ouasih .....

Titulaire de la CIN : ... S.H..13.231 .....

Matricule RAM : ... 3151 .....

Adresse domicile : ... Quan. 4 ème. E.L. qods. AVENUE IBN BADIS N° 81 L

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Mme ou Mr : ... Elme... A.EL H.A... EL M.G.H.RI .....

Titulaire de la CIN : ... S.H.. 74.684 .....

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou l'impôt sur les sociétés au titre de l'année fiscale 2019/2019

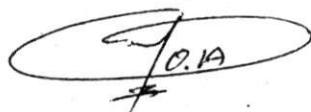
Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les informations que j'ai fournies sont correctes et complètes. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de mon droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « **ARTICLE 4 et 6** ».

Je m'engage à avertir les services de la Mupras de tout changement de la situation professionnelle de mon conjoint.

La présente déclaration est faite suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Layoune  
Fait à Casablanca le : 02/09/2019

Signature :



02 SEPT 2019 13250119