

## 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

- 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 checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7764	Société : R.P.M	Retraite	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD			
Date de naissance : 10/07/1958			
Adresse : 60 colline I Nr 24 CASA			
Tél. : 0666 87 26 53	Total des frais engagés : 620 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Saâd AGOUMI</b> Gynécologue Obstétricien 20, Bd. Moulay Idriss Tél. : 022 86 41 01/05-Casa			
Date de consultation : 07/09			
Nom et prénom du malade : SHAFI SAWASSI NADIA Age: 42			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affectue Gyn obgyn			
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 22/10/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/09/19	Cr		250,00	INP : 0000003269
	Flu		150,00	20/10/2019 Gynécologue Obstétricien Bd. Magellan Tél.: 0228640000 AGOUT

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>UHA - Unité de Radiologie de la Clinique de Lyon (France)</i> <i>Service de Radiologie Avancée</i> <i>Hôpital Militaire de Lyon</i> <i>106, rue Félix-Faure</i> <i>69243 LYON CEDEX 10</i> <i>04 37 13 22 11</i>	10/09/19	P 250	32.0000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est ~~pris~~ 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

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.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte 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

- CBE : Endomètre

Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 10/09/2019

**Facture N° 200472133**  
**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 10/09/2019  
Pour MME GHAZISNOUSSI NADIA  
Sur ordonnance du DR: AGOUMI S.

Dr. ALAOUI BOUHAMID ABDELFATTAH  
Anatomo Pathologique de la Faculté  
de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Chef de Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Militaire d'Anatomie Pathologique  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél.: 05 22 44 51 00 / Fax: 05 22 44 52 30  
E-mail: abdelhafid.al77@hotmail.com



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 11/09/2019

Nom et prénom: MME GHAZISNOUSSI NADIA  
Sur ordonnance du Dr: AGOUMI S.  
N° d'anapath: 080ACL0919

Parvenu au laboratoire le 10/09/2019

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 55 ans

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

Qualité du frottis : Exocervicale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Bonne trophicité
2. Microbiologie : Aspect leucocytaire banal
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, intermédiaires et parabasales normales
5. Cellules glandulaires : Absentes

## Conclusion

- Frottis cervical normal
- Bonne trophicité

DR ALAOUI BOUJHAMID ABDELHAFID  
Chef 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  
0522 445 100 / Fax: 0522 445 230  
Courriel: 116hafid@chors.cefam.com