

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-433050



| | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 1828 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | ZAGHOUANI HAYMED |
| Nom & Prénom : ZAGHOUANI HAYMED | | | |
| Date de naissance : 14/10/56 | | | |
| Adresse : LOT ISSIEMEN LOT 445 | | | |
| Tél. : | 06 61 13 76 41 | Total des frais engagés : 1200 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : 31/07/2019 | | | |
| Nom et prénom du malade : ZAGHOUANI Nabil Age : | | | |
| <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : MUPRAS Affection galopagée | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT | | | |
| 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 Le : 10/08/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/07/19 | 2 | 2 | Gratit | INP : 09M184673 Dr. SAAZAIN DIB Gynécologue à ACCORHEUR Fécondation in vitro Mme RAK - Casablanca Date : 02/08/2019 Prix : 2204.30.75 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Centre de Radiologie et de Médecine Nucléaire</i> 51 31 74 Fax: 522 22 00 | 31/10/18 | BAL 42-fy | 200.00 dh |
| <i>ABIMED</i> Centre de Radiologie et de Médecine Nucléaire | 15/08/19 | p.209 | 100.00 dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| 12 Casier et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

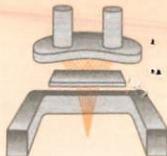
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RIA P

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

Dr. SAADANI Brahim

Gynécologue - Accoucheur

Fécondation in Vitro

11 Rue Ibtou Babek - Casablanca

Tél. : 022.94.30.78

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age 58

Date du prélèvement

31 JUIL. 2019

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

frottis cervical

col de l'utérus

Siège du prélèvement

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

Jeudi 25 juillet

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin

Exocervix

Endocervix

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre

LABORATOIRE DU CENTRE DE PATHOLOGIE
Boulevard Zerkouni
Casablanca

Signature et Cachet
Dr. SAADANI Brahim
Gynécologue - Accoucheur
Fécondation in Vitro
Casablanca

Docteur SAADANI Brahim
SPECIALISTE
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
ET CHIRURGIE DU SEIN
STERILITE DU COUPLE

PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE
FIV - ICSI - III
ENDOSCOPIE GYNECOLOGIQUE
ECHOGRAPHIE - COLPOSCOPIE
SUR RENDEZ VOUS Tél.: 05 22 94 30 78
Fax : 0522 39 26 09



الدكتور سعداني إبراهيم

اختصاصي

أمراض النساء والولادة

الجراحة النسوية

جراحة الثدي

عقم الزوجين

المساعدة الطبية للإنجاب

الجراحة بمساعدة الكاميرا

الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار الداخلي

بالموعد الهاتف: 0522 94 30 78

الفاكس : 0522 39 26 09

Op 2Aftoul Nalala
Casablanca, le

10 AOUT 2019

الدار البيضاء، في

Recherche SPV nafre

Dr. SAADANI Brahim
Gynécologue - Accoucheur
Fécondation in Vitro
11 Rue Ibnou Babek - Casablanca
Tél. : 022.94.30.78

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE

52, Boulevard Zerkouni

Tél.: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 04

Adresse : 11, Rue Ibnou Babek (Racine) - CASABLANCA

En cas d'urgence s'adresser à la Clinique LES IRIS

Tél.: 0522 39 25 30/31/32 - Fax : 0522 39 25 33

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme ZAGHLOUL NABIHA

Dossier N° : 19563167
Docteur BRAHIM SAADANI

Dossier ouvert le : 31/07/19 - Edité le : 01/08/19

Page N° 1/1

BACTERIOLOGIE

PRELEVEMENT VAGINAL

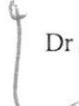
EXAMEN MICROSCOPIQUE

| | | | |
|-----------------------|---|------------|-----|
| Cellules épithéliales | : | Quelques. | |
| Leucocytes | : | Très rares | |
| Hématies | : | NOMBREUSES | |
| Levures | : | Absence. | |
| Trichomonas | : | Absence. | |
| pH | : | 6 | 6-7 |

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

| | | |
|----------------------|---|------------------------------|
| Examen direct | : | Négatif. |
| Examen après culture | : | cultures stériles après 24 h |

Dr Jalil ELMANJRA

 Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Hocine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biogiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biogiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

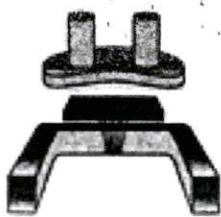
Casablanca le vendredi 9 août 2019 Mme ZAGHLOUL NABIHA

| | | | | |
|---------------------------|-------|--------------------------|--|--|
| FACTURE N° | 17509 | Dr. J. ELMANJRA 31/07/19 | | |
| Analyses : | | | | |
| Prélèvement Vaginal ----- | | B 140 Total : B 140 | | |
| TOTAL DOSSIER | | 200.00 DH | | |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

Dr. J. ELMANJRA 31/07/19
Dr. A. LEMSEFFER 31/07/19
Laboratoire LABIOMED
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tél: 05 22 48.13.51 / 48.13.86



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 15/08/2019

FACTURE N° : 19/08280

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 :

1000,00 Dhs

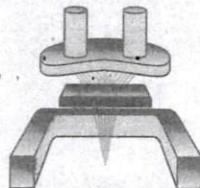
MILLE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **15/08/2019**

Pour **ZAGHLOUL NABIHA**

Sur ordonnance du : **Dr SAADANI BRAHIM**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 22 51 31/34 Fax: 0522 22 50 00



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Département de Pathologie Moléculaire

Le 15/08/2019

Dossier : OP150819-441

Enregistré le 15 Août 2019

Résultat d'analyse : Madame **ZAGHLOUL Nabih**

Transmis par : Laboratoire de Pathologie du Centre

Référence : 19C08020

DETECTION ET TYPAGE PAR PCR EN TEMPS REEL DE PAPILLOMAVIRUS HUMAINS GENITAUX POTENTIELLEMENT ONCOGENES

Nature du prélèvement :

Nature et localisation du prélèvement : Frottis cervico-vaginal.

Renseignement clinique :

Milieu de prélèvement : SurePath™.

Milieu utilisé sur GeneXpert® : SurePath™.

Technique

PCR en temps réel (GeneXpert® Dx System Version 4.7b), avec témoins négatif et positif pour détecter le génotype 16, le génotype 18 ou 45, et l'un des 11 autres génotypes à haut risque (P3 : 31, 33, 35, 52 ou 58, P4 : 51 ou 59, P5 : 39, 56, 66 ou 68).

Résultat

Absence de détection de papillomavirus humains oncogènes du génotype 16, 18, 45 et des génotypes à haut risque (P3, P4 et P5).

Manipulation : Dr. L. TAZROUT

Dr. N. BENKIRANE