

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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° P19-0004423

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729 Société : RAM (CNR)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAHMOUD TAHAR Date de naissance : 26/02/1967  
Adresse : Villa 286, Lot Florida CASABLANCA  
Tél : 0522 286685 Total des frais engagés : 950 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAIBI Khalid  
Gynécologue - Obstétricien  
15, Bd. Bir Anzarane - Mabil  
CASA - Tél. : 022.25.17.975

Date de consultation : 24/09/2019  
Nom et prénom du malade : Hammouchene Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection gynécologique  
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 Le : 24/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/09/15        | G                 |                       | 300,50                          | Dr. TAIB KHALIL<br>Gynécologue - Obstétricienne<br>45, Bd. Bir Anzarane - Maârif<br>CASA - Tél. 022.25.17.9735 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue                   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. TAIB KHALIL<br>Spécialiste en Radiologie<br>Tél. : 05 22 58 10 16 | 24/09/15 | Per M                        | 250,00                 |
|   | 10/10/15 | ECB                          | 400,00                 |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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'

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées | Nature des Soins   | Coefficient |                         |
|---------------------------|----------------|--|-------------|-------------------------|
|                           |                |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |                | <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> |             |                         |
|                           |                | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
|                           |                |  |             |                         |
| DATE DU DEVIS             |                |  |             |                         |
| DATE DE L'EXECUTION       |                |  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# LABORATOIRE D'ANALYSES 20 AOUT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Docteur Nezha RAQUI

Diplômée de la faculté de Médecine de Paris

17/09

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

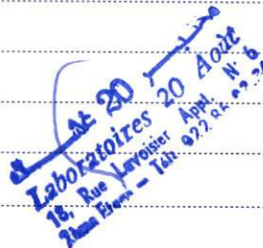
Nom et Prénom : HAMMEUCHANE Samia Age : 51 ans

Ordonnance du Docteur : TAIBI

Réf. antérieure :

Siège et nature du prélèvement : FCV monocoche

Renseignements cliniques et paracliniques



### CYTOLOGIE :

\* Frottis de dépistage : Vagin ☐ exocol ☐ endocol ☐ endometre ☐

\* Autres :

\* Renseignements supplémentaires :

- Date des dernières règles

- Parité : II

- Traitements éventuels : 0

- Autres

Porte un Virene

Date : 24/09/19

Signature  
Dr. TAIBI Khalid  
Gynécologue - Obstétricien  
45, Bd. El Anzazi - Maarit  
CASA - Tél. 022 25 17 97 / 98 54 30

## Docteur Khalid TAIBI

Gynécologue - Accoucheur  
Spécialiste

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris V

Ex. attaché des hôpitaux de Paris

Chirurgie gynécologique - Coeliochirurgie

Stérilité - Maladies du Sein

sur Rendez-Vous

## الدكتور الطيبي خالد

اختصاصي في

أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - عقم الزوجين

الفحص بالميعاد

Caçablanca, Le : 24/09/19 في الدار البيضاء،

M<sup>me</sup> HAMMOUCHANE Amel

Echographie mammaire systématique

RADIOLOGIE  
E. MOUSAKKAB  
Tél. : 05 22 38 10 16

Dr. TAIBI Khalid  
Gynécologue - Obstétricien  
45, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
CASA - Tél: 022.25.17.97/98.54.30



**LABORATOIRE D'ANALYSES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES**  
*20 Aout*



**Docteur Nezha RAQUI**

Médecin Anatomo-Pathologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

CASA 24/09/2019

**FACTURE : 1A3408 I.C.E :001722963000035**

**INPE : 091119057**

| NOM ET PRENOM     | TYPE | PRESC      | PRIX( DH |
|-------------------|------|------------|----------|
| HAMMOUCHANE ASMAA | FCV  | Dr : TAIBI | 250DH    |

TOTAL :

250DH

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

*20 Aout*  
*20 Aout*  
*18, Rue Lavoisier*  
*2ème Etage - Appt. N° 6*  
*LABORATOIRE 20 AOUT*  
*Dr. RAQUI*

**Dr. DAMI Khalid**

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 10/10/2019

FACTURE N° 1322/2019

NOM &amp; PRENOM : HAMMOUCHANE ASMAA

| EXAMEN        | MONTANT               |
|---------------|-----------------------|
| ECHO MAMMAIRE | quatre cents (400 DH) |
| TOTAL         | 400 DH                |

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents (400 DH) DHTTC



RADIOLOGIE  
EL MOUSTAKBAL  
Tél : 05 22 58 10 16

## INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452

INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052

# LABORATOIRE D'ANALYSES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 20 Aout



Docteur Nezha RAQUI

Médecin Anatomo-Pathologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

NOM ET PRENOM : HAMMOUCHANE ASMAA

REF : 1A3408

DATE DU PRELEVEMENT : 24/09/19

DATE DU RESULTAT : 28/09/19

PRES : Dr.TAIBI

RC :- 51 ans.

- Porteuse de mirena.

## COMPTE RENDU D'EXAMEN

### FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE

Frottis cervical réalisé à l'aide d'une cervex-bruch qui a été immergée dans un milieu de conservation liquide.

La desquamation malpighienne est faite de rares cellules superficielles eosinophiles, de cellules intermédiaires, et quelques cellules parabasales isolées ou groupées en amas.

Le fond contient une flore polymorphe, des polynucléaires, des histiocytes, des noyaux nus, des cellules endocervicales, et des cellules de remaniement.

### CONCLUSION :

- FROTTIS DE TYPE INTERMEDIAIRE .
- CERVICITE MODEREE .
- ABSENCE DE SIGNE CYTOLOGIQUE DE MALIGNITE.

Dr : N. RAQUI

Laboratoires 20 Aout  
18, Rue Lavoisier Appt. N° 6  
2ème Etage Tél: 022 86 02 34



Dr. DAMI Khalid  
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد  
مصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le : 10/10/2019.....

PATIENT : HAMMOUCHANE ASMAA  
MEDECIN TRAITANT : Dr TAIBI KHALID  
EXAMEN(S) REALISE(S) : Échographie mammaire bilatérale

**Compte Rendu d'Examen**

A droite :

Absence de lésion tissulaire  
Absence de foyer d'atténuation  
Revêtement cutané fin et régulier  
Absence d'adénopathie axillaire Pathologique

A gauche :

Absence de lésion tissulaire suspecte  
Absence de foyer d'atténuation  
Revêtement cutané fin et régulier  
Absence d'adénopathie axillaire Pathologique

**Conclusion :**

**Examen normal : ACR1**

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid  
Spécialiste en Radiologie  
Imagerie Médicale  
Tél : 05 22 58 10 16