

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.

N° W19-437777

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8688			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAHABI Abdellatif			
Date de naissance : 22/01/67			
Adresse : 10 Rue Mansouré - Guerm			
Tél. : 0661412699 Total des frais engagés : 550,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. DRISS TALI Gynécologue Obstétricien Angle Bd. El Fida, Rue 29 N° 17 Bouchentouf - Casab Tél : 0522 85 43 45 - Urgence : 05 81 42 40 91 Garage les Fleurs : 0522 22 26 16 / 0522 22 09 90 </div>			
Date de consultation : 05 AOUT 2019			
Nom et prénom du malade : BACHIRI Sarmia			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection RAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 OCT 2019			
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 : Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le : / /



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
5 AOUT 2019	2019 G		215,00	INP : 01911300 Dr. <i>[Signature]</i> Gynécologique Obstétrique Mme Bé. El Fida Rue 29 N° 17 Bous Télé : 02 35 43 45 - Urgence : 02 M. : 02 22 26 11
6 SEP 2019	2019 L	G		<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signatures du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Z. 2011-1 18. Rue Léonard 75018 Paris - Tel 02 28 62 32</i>	<i>Flu81cgy</i>	<i>Flu 12</i>	<i>30000</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.



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

Docteur Nezha RAQUI

Diplômée de la faculté de Médecine de Paris

20/08/2019

DEMANDE D'EXAMEN HISTO-CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et Prénom :

BACHIRI SAWAÏA 40 ans

Ordonnance du Docteur :

Réf. antérieure :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques

FCV

20 Août 2019
Laboratoires 20 Août
18, Rue Lavoisier - Casablanca - Tél. 0522 22 26 167 / 0522 22 09 90

CYTOLOGIE :

* Frottis de dépistage : Vagin exocol endocol endomètre

* Autres :

* Renseignements supplémentaires :

- Date des dernières règles

- Parité :

- traitements éventuels :

- Autres

Date : 05 AOUT 2019

Dr. Driss TALI
Gynécologue Obstétricien
Andréa El Fida Riahi N° 17 Bouché
Tél : 0522 85 43 49 Urgence : 06 51 42 49 91
Clinique de l'Aspirine Casablanca - Tél. 0522 22 26 167 / 0522 22 09 90
Signature :

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



Docteur Nezha RAQUI

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

CASA 05/08/2019

FACTURE : 1A2979 I.C.E :001722963000035

INPE : 091119057

NOM ET PRENOM	TYPE	PRESC	PRIX(DH
BACHIRI SOUMIA	FCV	Dr : TALI	300DH

TOTAL : 300DH

TROIS CENT DIRHAMS

*20 Août
Laboratoire 20 Août
18, Rue Abou Al Hassan Al Askari (ex. Lavoisier) 2ème Etage - Appt. n° 6 (en face Hopital 20 Août) - Casablanca
Tél. : 0522 86 02 34 - 0522 86 02 87 - I.F: 42028470 - T.P : 36343730 - CNSS : 2562529 - ICE : 001722963000035*

LABORATOIRE D'ANALYSES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

20 Août



Docteur Nezha RAQUI

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

NOM ET PRENOM : BACHIRI SOUMIA
DATE DU PRELEVEMENT : 05/08/19
DATE DU RESULTAT : 19/08/19
RC : 40 ans .

REF : 1A2979

PRES : Dr. TALI

COMPTE RENDU D'EXAMEN FROTTIS CERVICO-VAGINAUX :

FROTTIS EXOCERVICAL :

La desquamation malpighienne est faite de cellules superficielles eosinophiles , et de cellules intermediaires regulieres isolées , ou groupées en amas .

Le fond contient du mucus , des polynucléaires, des histiocytes , des noyaux nus, des hematies , des cellules endocervicales, et des cellules de remaniement .

FROTTIS ENDOCERVICAL :

Les cellules malpighiennes sont rares .

Le fond contient du mucus, des hematies, des polynucléaires, des histiocytes, des cellules endocervicales, et des cellules de remaniement .

CONCLUSION :

- CERVICITE INTENSE .
- REMANIEMENT METAPLASIQUE JONCTIONNEL.
- ABSENCE DE SIGNE CYTOLOGIQUE DE MALIGNITE.

Dr : NEZHA 20 Août
Laboratoires 20 Août
18, Rue Lavoisier - App. n° 6
Casablanca
Tél: 0522 86 02 34 - 0522 86 02 87 - I.F: 42028470 - T.P : 36343730 - CNSS : 2562529 - ICE : 001722963000035