

## 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 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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-437777

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8688 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : OUANRI Abdellatif  
 Date de naissance : 22/01/67  
 Adresse : 10 Rue Manssah Guerh  
 ds hesitane  
 Tél : 0661412699 Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Driss TALI**  
Gynécologue Obstétricien  
Angle Bd. El Fida Rue 29 N° 17 Bouchentoun - Casa  
Tél : 0522 85 43 45 - Urgence : 06 51 42 40 91  
Cité des Fleurs : 0522 22 26 18 / 0522 22 09 90

Date de consultation : 05 AOÛT 2019  
 Nom et prénom du malade : BACHIRI Samir Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée  
 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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /



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
5 AOÛT 2019	C		215,00	INP : 039 11 2002
6 SEP 2019	L		17	Dr. D. Obst Gynécologue Obst 17 Bd. El Fida Rue 29 N° 17 Bosu 25 43 45 - Urgence : 0522 22 26 11

[illegible][illegible]

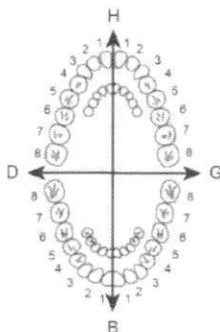
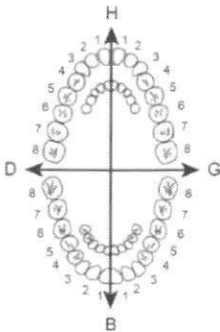
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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

1/12/19

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO. CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et Prénom : BACHIRI Samia Age : 40 ans

Ordonnance du Docteur : \_\_\_\_\_

Réf. antérieure : \_\_\_\_\_

Siège et nature du prélèvement : \_\_\_\_\_

Renseignements cliniques et paracliniques \_\_\_\_\_

FCV

20 Aout  
Laboratoires 20 Aout  
18, Rue Lavoisier Apt. N° 6  
Casablanca - Tél. 05 22 86 02 34 - 05 22 86 02 87

### CYTOLOGIE :

• Frottis de dépistage : Vagin ☐ exocol ☐ endocol ☐ endometre ☐

• Autres :

• Renseignements supplémentaires :

- Date des dernières règles
- Parité :
- traitements éventuels :
- Autres

Date : 05 AOUT 2019

Dr. Driss TALI  
Gynécologue - Obstétricien  
Anglo Bd. El Fida Rue N° 17 Bouchanien - Casa  
Tél : 05 22 85 43 45 - Urgence : 06 51 42 40 91  
Clinique Ibn Rochd 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90

Signature :



**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 05/08/2019

**FACTURE : 1A2979 I.C.E :001722963000035**

**INPE : 091119057**

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>TYPE</u>	<u>PRESC</u>	<u>PRIX( DH</u>
BACHIRI SOUMIA	FCV	Dr : TALI	300DH

TOTAL :

300DH

TROIS CENT DIRHAMS

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



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

REF : 1A2979

DATE DU PRELEVEMENT : 05/08/19

DATE DU RESULTAT : 19/08/19

PRES : Dr. TALİ

RC : 40 ans .

## COMPTE RENDU D'EXAMEN FROTTIS CERVICO-VAGINAUX :

### FROTTIS EXOCERVICAL :

La desquamation malpighienne est faite de cellules superficielles éosinophiles , et de cellules intermédiaires régulières isolées , ou groupées en amas .

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

### FROTTIS ENDOCERVICAL :

Les cellules malpighiennes sont rares .

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

### CONCLUSION :

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

Dr : N. RAQUI  
Laboratoire 20 Aout  
18, Rue Lavoisier  
2ème Etage  
Tél : 0522 86 02 34 - 0522 86 02 87 - I.F: 42028470 - T.P : 36343730 - CNSS : 2562529 - ICE : 001722963000035