

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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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

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° P19-0011072

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9399

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM Date de naissance :

Adresse : 27 Riyad partners, Rte d'Agemmar DAR BOUTABA

Tél. : 0661.10.96.69 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MOHAMMED LAHLOU
Gynécologue-Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
301 Bd. Ghandi - Tél: 0522 98 55 07/08

Date de consultation : 15 / 11 / 2019

Nom et prénom du malade : BENNIS HIND FADILAH Age : 39 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Migraines

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 : CASA BLANCA

Le : 15 / 11 / 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15.11.14 | C2 | | 300 DH | <i>M. Mohammed Riviera Gynécologue Obstétricien CLINIQUE RIVIERA 101 Bd. Chandi - Tel: 0522 98 55 07</i> |

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>OLABO Avenue Hassan II Casablanca 20070 Tél: 0522 226 044</i> | 15/11/2014 | P.242 | 300 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

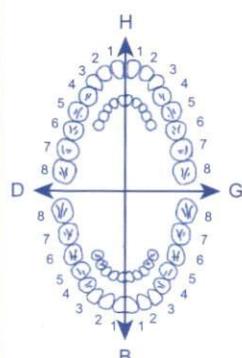
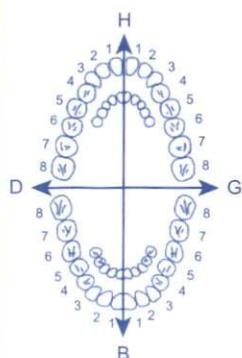
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ordre de service.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
|  | H | 25533412 | 21433552 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | B | 00000000 | 00000000 | |
| | G | 35533411 | 11433553 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (Création, remont, adjonction) | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | DATE DE L'EXECUTION |



HISTOLABO

Dr Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

Demande d'examen

De la part du Dr L.A.Lahs M

Nom et Prénom du Patient A.PARKER Huda

Date du Prélèvement 15.11.19 Age 19 ans

Renseignements Cliniques

.....
.....
.....

HISTOLABC

132 Avenue HASSAN II

Casablanca 20070

Tel : 0522 223 044

Siège du Prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Pour F.C.V et Biopsie endométriale à visée hormonale

Date des Dernières Règles 6.11.19

Thérapeutique Antécicure ou en Cours —

Durée du Cycle 28J

Signat

Drc Mohammed LAHLOU

Cachet

Gynécologue Obstétricien

CLINIQUE RIVIERA

301

Bd. Chabri

Tel: 0522 98 55 07^{me}



CE.001790460000052

IF : 42204341

مصحة ريفيرا CLINIQUE RIVIERA

Dr. Mohammed LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Casablanca, le 15.11.19

Mr. AFAKHERO Hmed

C : 300 h

Dr. Mohammed LAHLOU
Gynécologue Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
381, Bd. Ghandi - Tél: 0522 98 55 02/06



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

إستولابو

الدكتورة بناني نجية

مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca le : 15/11/2019

FACTURE N° 19/2509

Nom et Prénom : AFAKHRI HIND

Organe(s) : FCV,

Cotation : P 272

Montant (Dh) : 300,00

ESPÈCES

HISTOLABO

132 Avenue HASSAN II

Casablanca 20070

Tél. : 0522 223 044

05 22 20 21 24 - شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 30 44 - الفاكس :

132, Avenue Hassan II - Casablanca - Tél. : 05 22 22 30 44 - Fax : 05 22 20 21 24
E-mail : histolabo@live.fr - T.P. : 35502694 - I.F. : 705802 - I.C.E. : 001611682000047



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI

Laboratoire d'Anatomie

et de Cytologie Pathologiques

إسْتُولَابُو

الدكتورة بناني نجية

مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca, le 19 Novembre 2019

Dr : Mohamed LAHLOU

Mme: AFAKHRI HIND

Age : 39 ans

Prélèvement parvenu au laboratoire le : 15/11/2019

Organe : F. Cervical (Frottis de dépistage. 10^{ème} jour du cycle).

COMPTE-RENDU CYTOPATHOLOGIQUE

Réf. : 1911138

FROTTIS EN COUCHE MINCE

Etalement de cellularité riche.

La population cellulaire est composée de cellules intermédiaires et superficielles en proportions subégales à noyau régulier auxquelles s'associe une cellularité métaplasique en cellules isolées, de taille moyenne à cytoplasme volontiers dysacidophile à noyau à chromatine fine sans images de binucléation.

Les cellules endocervicales sont isolées à caractère cylindrique net à noyau régulier. Le fond est propre ne comportant que de rares polynucléaires neutrophiles.

CONCLUSION : PRESENCE DE CELLULES METAPLASIQUES MATURES ET REGULIERES.

Pas de cellules suspectes.

HISTOLABO
Dr. Najia BENNANI
132, Av. Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 22 30 44