

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 051015

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07934 Société : 22171

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENNIS NAIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066113582 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

[Signature]

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.

Biologie 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

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

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de l'exécution																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																								
COULET ADHERENT NOM : BENNIS Naïma		Mle : 7934																						
DECLARATION N° W15-019466																								
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																						
21-02-20	833,10	4																						
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous justificatifs exigés par la Mutuelle																								

W15-019466

DATE DE DÉPÔT
21/02/20

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle : 07934

Nom & Prénom BENNIS Naïma

Fonction : Retraitée

Phones : 06.61.13.05.22

eMail : bennisnaïma.b@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient Mme BENNIS Naïma

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age

Date : 15/01/2020

Nature de la maladie

infection génitale

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS

300,000

PHARMACIE

Date : 15/01/2020

Montant de la facture

233,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 15/01/2020

Désignation des Coefficients

12x2

Montant détaillé des Honoraires

300,00 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

PHARMACIE ODYSSEE
Asma AMOR
12 Avenue Hassan II
Casablanca 20070
Tél : 0522 22 52 63

LABO
20070
Tél : 0522 22 52 63

Docteur SETOUANI Abdellah

GYNECOLOGUE ACCOUCHEUR
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
STERILITE - ECHOGRAPHIE
COLPOSCOPIE-COELIOCHIRURGIE

CERTIFICAT D'UNIVERSITE
DES MALADIES DU SEIN
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG

ASSISTANCE MEDCALE A LA PROCREATION
FECONDATION IN VITRO

Ancien Enseignant à la
Faculté de Médecine de
CASABLANCA

Ancien Chef de Service
de Gynécologie Obstétrique
Au C.H.U Ibn Rochd-Casablanca



Casablanca, le 115 JAN 2020

الدكتور السطواني عبد الله

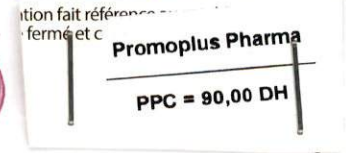
إختصاصي في أمراض النساء و التوليد
الجراحة النسائية - العقم
الكشف بالتصوير الصوتي
الفحص والجراحة بالكاميرا

حائز على شهادة في أمراض
الندي بكلية الطب
ستراسبورغ

المساعدة الطبية للإنجاب

أستاذ مساعد سابقا بكلية
الطب - الدار البيضاء

سابقا رئيس مصلحة
أمراض النساء و التوليد
بالمركز الصحي الجامعي
ابن رشد - الدار البيضاء



50,00 Nw: Fennis Naïma
Repadrina (18k
64,10 10ml vaginal chaque son
79,00 spanox 1g
opur 20 18k
23310 19phlel, à mudi

الدكتور السطواني عبد الله
Dr. SETOUANI Abdellah
Gynécologue - Accoucheur
Echographie
89, Bd. Stendhal - Casablanca
Tél: 05.22.23.89.89

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaâ AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tél/ Fax: 0522 25 52 63

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaâ AMOR
Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tél/ Fax: 0522 25 52 63

RESIDENCE STENDHAL

89, Bd Stendhal (Au Dessus de la Pharmacie Val Fleuri) - Casablanca

Sur Rendez-Vous - Tél.: 05.22.23.89.89 - Fax : 05.22.23.37.92

e-mail : setouaniabd@hotmail.com

إقامة استندال

89. شارع استندال (فوق صيدلية فال فلوري) - الدار البيضاء

بالموعد - الهاتف: 05.22.23.89.89 - الفاكس: 05.22.23.37.92



HISTOLABO

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

إستولابو

الدكتورة بناني نجية
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca le : **18/01/2020**

FACTURE N° 20/0118

Nom et Prénom : BENNIS NAIMA

Organe(s) : FCV,

Cotation : P 272

Montant (Dh) : 300,00

ESPÈCES

HISTOLABO
132 Avenue HASSAN II
Casablanca 20070
Tél : 0522 223 044



HISTOLABO

Dr Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

Demande d'examen

De la part du Dr

Nom et Prénom du Patient

Mme - Jennis Naïma

Date du Prélèvement

15 JAN 2020

Age

1958

Renseignements Cliniques

Dr. SETOUANI Abdellah
Gynécologue - Accoucheur
132 Bd. Stendhal - Casablanca
Tél: 0522 23 23 89

Furieuse patiente ménopausée
depuis 12 ans environ.

Siège du Prélèvement

Nature de l'acte réalisé

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

- ☐ Date des Dernières Règles
- ☐ Thérapeutique Antérieure ou en Cours
- ☐ Durée du cycle

Signature et Cachet



HISTOLABO

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

إستولابو

الدكتورة بناني نجية
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca, le 17 Janvier 2020

Dr : Abdellah SETOUANI

Mme: BENNIS NAIMA

Age : 61 ans

Prélèvement parvenu au laboratoire le : 15/01/2020

Organe : F. Cervical (Frottis de dépistage. FCV hémorragique chez une patiente ménopausée depuis 12 ans environ)

COMPTE-RENDU CYTOPATHOLOGIQUE

Réf. : 201134

FROTTIS EN COUCHE MINCE

Etallement de richesse cellulaire modérée

La cellularité traduit le caractère atrophique de la muqueuse, constituée de cellules parabasales externes et de cellules intermédiaires montrant de façon fréquente un aspect vacuolaire du cytoplasme. Le noyau est à chromatine fine et unique parfois pycnotique ou double: toutes anomalies mineures en rapport avec l'atrophie.

Les cellules cylindriques endocervicales sont isolées sans anomalies notables.

Le fond comporte de rares polynucléaires neutrophiles

CONCLUSION : MUQUEUSE ATROPHIQUE.

Pas de cellules suspectes.

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