

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## ladie 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 caractére 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

ND: 25439

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017733

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6092 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Raiss Amina

Date de naissance :

23.9.58

Adresse : 11 Rue Fréante

Lor

Tél. : 06 182 70009

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed ZARQAUI  
Gynécologue Obstétricien  
31, Rue Jalaldine Sayouti  
Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA  
Tél. 0522.36.06 - Fax 0522.36.04.44

Date de consultation :

08/01/2020

Nom et prénom du malade :

Raiss Wafaa

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

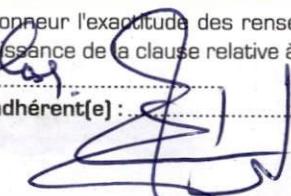
Algies pelviennes

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 : 08/01/2020 Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0017733

6092

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : Raiss Amina

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
08/01/2005	C		300 DH	Dr HASSAN SALAHDINE SOUFI Gynécologue Place du Nid d'Iris - 20100 CASABLANCA Tél. 0522.36.36.06 - Fax 0522.36.04.44

## 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
	13.2.20	1827	280,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHESIVE

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

GA

# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. .... **Docteur ZARQAOUTI** .....

Nom et Prénom du Patient ..... **Rajaa Wafa** .....

Age ..... 21

Date du prélèvement .....

Référence .....

Renseignements cliniques et paracliniques .....

**Frottis sur cicaline**

Siège du prélèvement ..... **HT RA**

Nature de l'acte réalisé .....

Thérapeutique préalablement instituée .....

Actes chirurgicaux antérieurs avec références .....

Biopsie antérieure : Oui  Non

Si oui, rappeler la référence, SVP .....

**Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale**

- Date des dernières règles .....

- Parité .....

- Thérapeutique antérieure ou en cours .....

- Durée du cycle .....

- FCV : Vagin  Exocol  Endocol

- CBE : Endomètre

**Dr Mohamed ZARQAOUTI**  
Gynécologue Obstétricien  
31, Rue Ismaïdine Sayouri  
Place du 11 Novembre 2011 CASABLANCA  
Tél. : 022.36.36.06 - Fax : 022.36.36.06  
Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

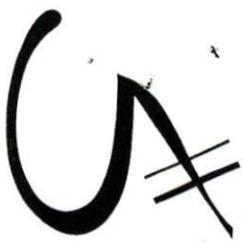
Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 13/01/2020

**Facture N° 200474151  
ICE: 001714931000007**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 250,00 DH  
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS  
concernant les analyses exécutées le 13/01/2020  
Pour MME RAISS WAFAA  
Sur ordonnance du DR: ZARQAOUI M.

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomie Pathologique et de la Faculté  
de Médecine de Lyon France  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Mutualiste de Casablanca  
11, rue Omi:  
Casablanca 222 000 Tél. 052 715 270



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 14/01/2020

Nom et prénom: MME RAISS WAFAA  
Sur ordonnance du Dr: ZARQAOUI M.  
N° d'anapath: 124ACL0120

Parvenu au laboratoire le 13/01/2020

Organe ou siège du prélèvement: Vagin

Renseignements cliniques: Age: ans  
ATCD d' HTIA  
Frottis sur cicatrice

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : Frottis vaginal

Qualité du frottis : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect leucocytaire banal
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, intermédiaires et parabasales normales

## Conclusion

Frottis vaginal normal, eutrophique

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomie Pathologique - 1<sup>er</sup> la Faculté  
de Médecine de Casablanca (Maroc)  
Ancien Chef du Service de Cytopathologie  
de l'Hôpital Militaire Alcérane  
3, Rue Omar Riffi - Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 44 51 00 - Fax : 05 22 44 52 30 - GSM : 0661 32 20 02  
Patente n° : 34306984 - ICE n° : 001714931000007 - Casablanca