

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-530439

ND: 32155

Maladie

Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11934

Société : RSM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAFOUI INSAF

Date de naissance :

08/09/79

Adresse :

GH3 Tizi n'Test Casablanca

Tél. :

26 61 63 59 16 Total des frais engagés : 520 301 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

9/10/2020

Nom et prénom du malade :

CHAFOUI INSAF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cervicite

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

Le :

09/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



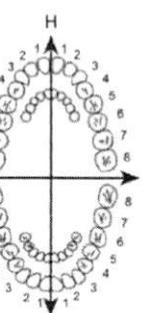
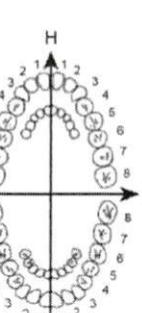
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9/06/2022	U	1	1000,00	INP : <input type="text"/> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Bouchra route de M'daourif Casablanca Tél: 0522 321929	09/06/2020	100,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 	09/10/2012	100%	250,-

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

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																						
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording nature of treatments)	Coefficient (Rows for recording coefficients)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						

Gyno Pevaryl 150 mg
3 capsules



med Chraibi

térique
ogique



الدكتور محمد الشرايبسي

* اختصاصي في أمراض النساء والولادة

* الجراحة النسوية

* الفحص بالصدى

Casa, le :

9/06/2020

70

DSA

GSN : 060.14.14.20.05.22.05.29.03.24
Résidence Al Ahli Sidi Maârouf
Gynécologie et Accouchement
N°24 - Tél. 05 22 58 43 29 - Casablanca
Chirurgie Gynécologique et Accouchement
Résidence Al Ahli Sidi Maârouf
N°24 - Tél. 05 22 58 43 29 - Casablanca

CHIRURGI
GYNÉCOLOGIQUE ET ACCOUCHEMENT
RESIDENCE AL AHLI SIDI MAAROUF
N°24 - TÉL. 05 22 58 43 29 - CASABLANCA

70,30

GynoPevaryl 150
10 capsules 8,00 x 3

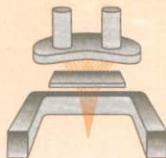
5

$\frac{70,30}{2} = 35,15$

Dr. Chraibi M. rsad
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

Dr. Chraibi M. rsad
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

Dr. Chraibi M. rsad
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 32 19 29



RIA P

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

M. LARAI BI
Au CHENAF INRAF

9/6/2022
40

Siège du prélèvement

Nature de lacte 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

- Frottis monocouche :

Vagin

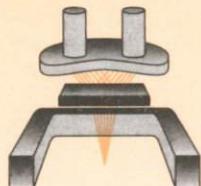
Exoco

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 11/06/20

Nom & Prénom: Mme CHAFAOUI INSAF
Sur ordonnance du: Dr CHRAIBI M.
Réf: 20C06108

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 09/06/20

Organe ou siège du prélèvement : Col utérin

Renseignement(s) clinique(s): Age : 40 ans

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervico-utérin

TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :

Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :

Bonne trophicité

2. Microbiologie :

Inflammation légère mais sans parasite, ni spore ni filament mycélien

3. Modifications réactionnelles :

Pseudo halo périnucléaire

4. Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires et parabasales normales ou réactionnelles

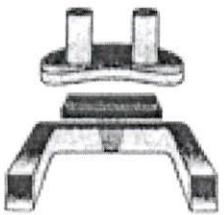
5. Cellules glandulaires :

En nombre moyen, cylindriques normales

Conclusion:

- Frottis cervical légèrement inflammatoire.
- Absence de signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr L.LARAQUI
Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 -
Fax: 0522 22 50 67



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 11/06/2020

FACTURE N° : 20/06236

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 Dhs

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **09/06/2020**

Pour **CHAFAOUI INSAF**

Sur ordonnance du : **Dr CHRAIBI M.**

