

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.

W.D. № W19-410564
34932/COMPLement

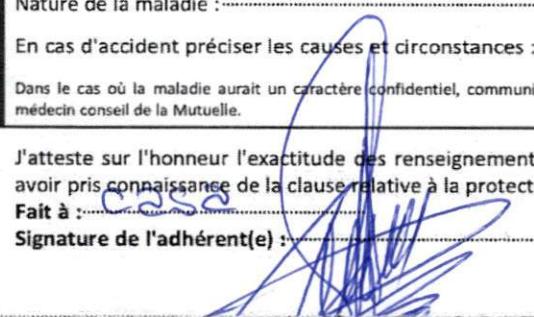
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8163	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : charit AbdRohan			
Date de naissance : 15.07.1967			
Adresse : 56 hay messaoudia 118 C1A			
Tél. : 0661976344	Total des frais engagés : 1187,60 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/03/2020	Nom et prénom du malade : Elyztime houad	Age : 26-9-72	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : 1/1/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

→ Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التغويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التغويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

ورقة العلاجات المتعلقة بالعرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم



N° Bordereau :

N° Dossier :

خانم بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي :

EL YATI MME HOUADA

3143334

43218243179

BH317481

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة

بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : 56, 1444 Nagaoudia D 18 C 10
CASIA

Montant des frais (Dhs) : 1187, 60

Nombre de pièces jointes : 05

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي : El Yatim HOUADA
تاريخ الازدياد :

El Yatim HOUADA

2010918773

BH317481

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس * :

N° CIN :

Sexe *:

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

• N° INP

091080537

نوع العلاجات

Type de soins

Maladie* مرض *Maternité* امومة *Hospitalisation* إستشفاء *Accident* حادث *Pli confidentiel remis* : oui non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

تم تقديم الظرف المغلق * : تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : CAR
Le : 21/03/2020
في : توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CAR
Le : 21/03/2020
في : توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien
- Cocher la mention utile pour chaque case

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعدة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٠/٠٣/٢٠٢٤	٥٨٧٦٣	
INP : ٠٩٣٩٦٣٥٤		
INP : _____		
INP : _____		
INP : _____		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE

REF : 20/2402

Casablanca, le 27/03/2020

Date de facturation 27 / 03 / 2020
Médecin traitant DR BENAABOUD
Patient EL YATIME HOUDA - 059811
Demande **C00327052 - 27/03/2020**

Liste des examens

A Payer	300,00	Dhs
coefficient-P	273,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : EL Yasmine Houda

Age : 15A Sexe :

Date de prélèvement : 01/03/2010

Renseignements cliniques et paracliniques :

FCV

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles :

Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca, Maroc
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24 - E-mail : labocasapath@gmail.com

Dilham BENABOUD

Gynécologue Obstétricien
Chirurgie Gynécologique - Accouchement
Stérilité du Couple (P.M.A)
Coeliochirurgie - Colposcopie
Maladies du Sein - Echographie
Ex Résidente au CHU Ibn Rochd

الدكتورة ديلهم بنعبود

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الجراحة النسائية - الولادة
عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار
أمراض الثدي - الفحص بالصدى والمجهر
طبيبة مقيمة بمستشفى ابن رشد (سابقا)

Casablanca, Le : 10.3.2020.

133,60

ET EC YATINE 50%

① DiGvenex 60

90.80 × 541 = 1 000

① Duphason



maphar Km 10, route côtière 111, Quartier Industriel
Zerata, Ain Saba Casablanca - Maroc
DUPHASON 10MG CP PEL B20 PPV. 90DH80
Rachid Lamrini Pharmacien Responsable



maphar Km 10, route côtière 111, Quartier Industriel
Zerata, Ain Saba Casablanca - Maroc
DUPHASON 10MG CP PEL B20 PPV. 90DH80
Rachid Lamrini Pharmacien Responsable



maphar Km 10, route côtière 111, Quartier Industriel
Zerata, Ain Saba Casablanca - Maroc
DUPHASON 10MG CP PEL B20 PPV. 90DH80
Rachid Lamrini Pharmacien Responsable



maphar Km 10, route côtière 111, Quartier Industriel
Zerata, Ain Saba Casablanca - Maroc
DUPHASON 10MG CP PEL B20 PPV. 90DH80
Rachid Lamrini Pharmacien Responsable

تجزئة السكن الأنثيق إقامة الصفاء عمارة 403 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 22 52 37 73
Urgence : 06 61 36 00 69 - Email : benaaboudilham@hotmail.com - INPE : 091020537 - ICE : 001917290000033

T: 58760

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPECIALISEE
CASABLANCA

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

CASAPATH

NOM & PRENOM : EL YATIME HOUDA
PRESCRIPTEUR : DR BENAABOUD
AGE : 43 ans
Code Patient : 059811
N/REF : 00327052
ORGANE : FROTTIS DU COL

RECU LE : 27/03/2020
EDITE LE : 30/03/2020

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCV

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Frottis en milieu liquide selon la technique Prepstain

- Qualité du frottis :

Très bonne qualité.

- CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA :

Pas de lésion intra-épithéliale ou de malignité.

- Description cytologique :

Le frottis étudié après cytocentrifugation de l'échantillon recueilli en milieu liquide montre une cellularité adéquate faite de cellules malpighiennes superficielles à cytoplasme éosinophile et à noyau petit régulier avec une chromatine fine sans anomalie du rapport nucléocytoplasmique. Le fond est ponctué de rares polynucléaires neutrophiles.

Il est également retrouvé des cellules endocervicales régulières isolées ou en amas.

Il n'est pas noté de signes cytologiques d'infestation virale ou de signes de dysplasie.

CONCLUSION :

- Frottis cervical normal.

- Absence de signes cytologiques de dysplasie ou de néoplasie.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE
Anatomo-Pathologiste
Centre de Pathologie Casapath
6, Rue des Hôpitaux Rés. du Parc
Casablanca
Tel. 05 22 22 13 40 - Fax : 05 22 22 14 24