

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° D. N° W19-523526
35682

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10433 Société : BAK

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HANRY Anne

Date de naissance : 14/11/75

Adresse : 05 AOUT 2020

Tél. : 060667272 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.06.2020

Nom et prénom du malade : HANRY ANNA Age : 45 ans

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : 25/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
29.06.2005			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>LA PHARMACIE REGIONALE</p> <p>Dr. Saad BENJELLOUN</p> <p>INPE : 06 20 21 41</p>	29-06-90	166,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01-07-2006	PMR Esq 4/100	200 DH 880 DH

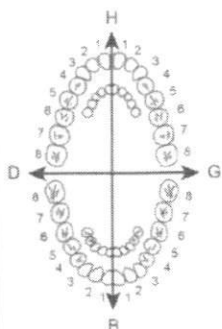
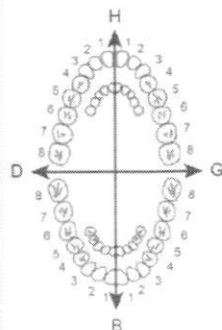
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	30/06/2020					

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane HATIM

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Sexologue

Chirurgie Gynécologique - Chirurgie du Cancer
Coelioscopie - Sénologie - Infertilité - Ménopause



Casablanca

د. إيمان حاتم

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
العلاج الجنسي

جراحة أمراض النساء - جراحة السرطان
الجراحة بالمنظار - أمراض الثدي - العقم - سن اليأس

29/6/20

Mme ZAHRY Amine

67.40

1/ Polyzene
daly



APHAAR
POLYZENAK 12 capsules vaginales
Ain Seba Maroc
P.N.V. : 67DH40
Km 10, route Colette 117 - Quartier industriel, Zénata

99.00

2/ ADALISZ



15/06/21

166.40

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DESSUA
Tél: 05 22 51 47 00

LOT : 01120722
EXP : 07/2022

APAISEPT

جرا. قرية الجماعة، بجانب مقهى الأخوين ومخبزة منال - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 555 000 . البريد الإلكتروني : i.hatim@hotmail.fr

المستعجلات : مصحة المسيرة فوق 158 شارع أنفا. الهاتف : 05 22 39 40 41

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

DUPLICATA

M U P R A S

N° Admission : 20006244 N° Facture : 20006110 Date facturation: 30/06/2020

Nom et prénom du patient : Mme ZANARY AMINA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MAMMO+ECHO MAMMAIRE	1.00	880.00	880.00
		Sous-Total	880.00 DH
arrêtée la présente facture à la somme de :		Total : 880.00DH	
Huit cent quatre-vingt dirhams			
Adhérent : ZANARY		Part organisme :	0.00 DH
Mle :		Part patient :	880.00 DH
PC N° : 000			



Dr. Imane HATIM

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Sexologue

Chirurgie Gynécologique - Chirurgie du Cancer
Coelioscopie - Sénologie - Infertilité - Ménopause



د. إيمان حاتم

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
العلاج الجنسي

جراحة أمراض النساء - جراحة السرطان
الجراحة بالمنظار - أمراض الثدي - العقم - سن اليأس

Casablanca le

29/01/20

M^{me} ZAOUZ Amina

Echographie et mme
Boilalreb



432. شارع إدريس الحارثي (شارع الشجر). قرية الجماعة، بجانب مقهى الأخوين ومخبزة منال - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 555 000. البريد الإلكتروني: i.hatim@hotmail.fr

المستعجلات: مصحة المسيرة فوق 158 شارع أنفا. الهاتف: 05 22 39 40 41

DEMANDE D'EXAMENS HISTO-CYTOPATHOLOGIQUES

De la part du Dr/Pr : Dr. HATIM
Mr, Mme, Mlle, Enfant : ZAMRYA HINA
Âge : 45 Date du prélèvement : 29/06/20 Heure du prélèvement :
Téléphone : domicile :

HISTOLOGIE

☐ Biopsie ☐ Pièce opératoire ☐ Autre

Organe :

Nombre de prélèvement :

CYTOLOGIE

Frottis cervicaux-vaginal : ☐ Couche Mince ☐ Conventionnel
Autres cytologies : ☐ Bronches ☐ Plèvre ☐ Urine ☐ Sein ☐ Ascite

EXAMEN EXTEMPORANÉ

Organe :

Nombre de prélèvement :

Nature de l'Acte :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET EXAMENS PRÉCÉDENTS :

FCV m me couche de dépistage

Dr. Imane HATIM
Gynécologue - Obstétricienne
Signature et cachet
du médecin prescripteur

Adresse: 3 Rue de Tunis, El jadida, Maroc

Tél : 08 08 50 60 93 / Fax : 05 23 33 69 42 - Gsm : 06 62 76 57 67 / 75

E-mail : cpa86513@gmail.com - Inpe 0 9102 4638

Age	: 45 ans	Réf.	: C20070033
Sexe	: F	Nom du patient	: ZANRY AMINA
Date de prélèvement	: 01/07/2020	Date de réception	: 01/07/2020
Date de réponse	: 06/07/2020	Prescripteur	: Dr. HATIM IMANE /

NATURE DU PRELEVEMENT

FROTTIS MONOCOUCHE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FCV

FCV DE DÉPISTAGE

DESCRIPTION TECHNIQUE

Milieu liquide utilisé: CELLSOLUTION USA

Coloration : PAPANICOLAOU

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT

Satisfaisant pour l'évaluation : oui

Présence de cellules d'origines endocervicales normales

DESCRIPTION

Frottis à caractères légèrement inflammatoires constitués par des cellules malpighiennes à majorité superficielle ou intermédiaire. Certaines cellules présentent des anomalies nucléaires et cytoplasmiques banales d'allure réactionnelle. Ces éléments sont isolés ou groupés en placards sur un fond peuplé par des leucocytes polymorphes.

Absence de cellules suspectes.

CONCLUSION :

Frottis inflammatoire.

Négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne (Bethesda 2014) .

Signé : Dr. Hicham EL ATTAR

3 Rue de Tunis, El Jadida
Casablanca / Maroc
Tél : 08 08 50 60 93
Fax : 05 23 33 69 42
cpa86513@gmail.com
ICE : 001656784000031

Dr Hicham EL ATTAR
ANATOMO-PATHOLOGISTE

ANNASR PATHOLOGY CENTER

FACTURE

REF : FA20003501

EL JADIDA, le 01/07/2020

Date de facturation 01 / 07 / 2020
Médecin traitant Dr. HATIM IMANE
Patient ZANRY AMINA - 012272
Demande **C20070033 - 01/07/2020**

Liste des examens

FROTTIS DE DEPISTAGE

A Payer 200,00 Dhs
coefficient-P 182
Mode de règlement Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS ZÉRO DIRHAMS

3 Rue de Tunis, El Jadida
Casablanca/Maroc
Tél : 08 08 50 60 93
Fax : 05 23 33 69 42
Email : annasr@centrep.th.ma
T.C.E. : 001656784000031

Adresse : 3 Rue de Tunis, El Jadida Maroc

Tel: 08 08 50 60 93 / 06 62 76 57 67 - Fax : 05 23 33 69 42

E-mail : centrep.th.eljadida@gmail.com

IF : 14413629

ICE : 001656784000031

PATENTE: 42200323

INPE : 091024638

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 20006244 N° Facture : 20006110 Date facturati: 30/06/2020

Nom et prénom du patient : Mme ZANARY AMIN

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MAMMO+ECHO MAMMAIRE	1.00	880.00	880.00
		Sous-Total	880.00 DH
arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	: 880.00DH
Huit cent quatre-vingt dirhams			
Adhérent	: ZANARY	Part organisme	: 0.00 DH
Mle	:	Part patient	: 880.00 DH
PC N°	: 000		

www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68
Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93
TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Reçu Avance N° A2005685

CASABLANCA , Le 30/06/2020 11:34

Patient : ZANARY AMINA , N° Dossier : 20006244

N° téléphone : 00125

Traitement : EXAMEN RADIOLOGIE

Titre : Examen radiologie

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Carte Bancaire(T.P.E)	Banque Populaire	99013613838961308308/	880.00

Liste des examens :

MAMMO+ECHO MAMMAIRE

880.00

Reçu par :LATIFA.K

Montant devis	880.000
---------------	---------

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 30 Juin 2020

PR. MED. A. HESSISSEN

MME. ZANARY AMINA

COMPTE RENDU

MAMMOGRAPHIE NUMERISEE AVEC TOMOSYNTHESE

Incidences de face et oblique sur les deux seins :

- Seins mixtes avec discrète prédominance glandulaire.
- Répartition symétrique et harmonieuse de la composante conjonctivo-glandulaire entre les deux seins.
- Visibilité de deux calcifications bénignes au niveau du sein gauche.
- Absence de foyer de microcalcifications suspect.
- Absence de lésion focale ou rupture architecturale identifiable aussi bien du côté droit que du côté gauche.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

- L'exploration échographique ne retrouve aucune lésion kystique ou tissulaire aussi bien au niveau du sein droit qu'au niveau du sein gauche.
- Les creux axillaires sont parfaitement libres.

Conclusion :

Mammo-échographie mammaire ne révélant pas de lésion d'allure évolutive. A noter deux calcifications bénignes à gauche. ACR 2.

DR FARAJ HAMZA