

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° W19-475666

ND 37246

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10652 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BENHAR Fatma Zahra

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél : 0669 101060 Total des frais engagés : 200 + 300 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 17 AOÛT 2020

Date de consultation : 28/05/2020

Nom et prénom du malade : BENHAR Fatma Zahra Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 AOÛT 2020

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 : 13/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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.

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
28/05/20	ECXO	380	380	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28/05/20	28/05/20	380,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/05/20		200,00 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
G																				
[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																	

Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE
Professeur en Gynécologie-Obstétrique
Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبونيدان
أستاذة في طب النساء والتوليد
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 28/05/2020

No Benhan
Factura 2020

190x2
① panache
1 p x 3 / 5
1 p x 2 / 5
1 p x 2 / 5
② Nigralin
2 p x 2 / 5

SV

SV

ACL: 4271693

LOT:
FAB:
EXP:

190,00 DHS

3 515484 271695

ACL: 4271693

LOT:
FAB:
EXP:

190,00 DHS

3 515484 271695

Professeur Wafae BISBIS
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
Résidence du Palais, agents Bd Ghardi & Yacoub El Mansour, Im D, Appt n°2, 1^{er} étage - Casablanca
Tél: 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax: 05 22 95 00 03 - Email: dr.bisbis@gmail.com
ICE 00178927100048

Dr. Latifa BADRE

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : 

Nom et prénom : MR MME MLLE ENF

Age : 46 ans

Référence : BENHAR

Siège et nature du prélèvement : Fatime zohra

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

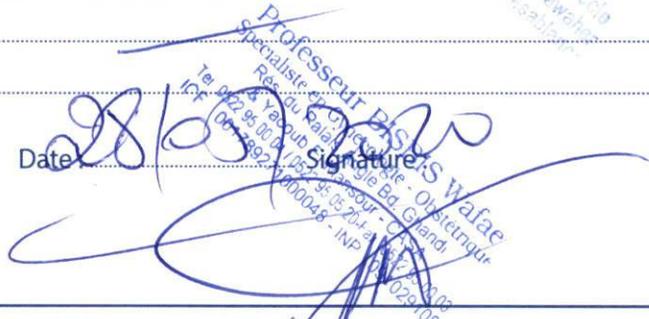
Renseignements cliniques et paracliniques :

FEU

Radiographies :

Date

Signature


 Professeur Dr. S. Wafae
 Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
 Rés. du Rajah, 105, Bd. Oujda
 Tel: +212 522 861 836 - Fax: +212 522 861 829
 INP: 091024588

شارع مولاي إدريس الأول إقامة الجواهر - الدار البيضاء 86

86, Bd. My Idriss I (face à l'école Charles de Foucauld) Résidence Al Jawaher - Casablanca

Tel : +212 522 861 836 - Fax : +212 522 861 829 - INP : 0662 05 99 94

Patente : 36349688 - I.C.E : 001633133000057 - INP : 091024588

Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE

Professeur en Gynécologie-Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبونيدان

أستاذة في طب النساء والتوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

28/05/2020

Mme Benhar Fatimazohra

Racture

consultation, 200,00 dhs

échographie pie, 300,00 dhs

Professeur Wafae Bisbis
Specialiste en Gynécologie Obstétrique
Résidence du Palais Angle Bd Ghandi & Yacoub El Moursour. Im D. Appt n°2, 1^{er} étage - Casablanca
Tél : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax : 05 22 95 00 03 - Email : dr.bisbis@gmail.com
ICE 001789271000048 INPE 091029108

Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE

Professeur en Gynécologie-Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبونيدان

أستاذة في طب النساء والتوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

28 /05/2020

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Nom et Prénom : BENHAR FATIM ZOHRA

Indication : Echographie sus pubienne et endovaginale

Examen réalisé avec un appareil samsung-medison H60

mis en service le 20/10/2016

Vessie : peu pleine

Utérus de taille normale

Ligne cavitaire occupée par un DIU bien placé

Endomètre épaissi à 5,8 mm

Ovaires vus, de petite taille

Absence de MLU ou annexielle.

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور. عمارة D الطابق الأول-الدار البيضاء- الهاتف : 05 22 95 00 04 : الفاكس : 05 22 95 00 03

Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour. Im D. Appt n°2, 1^{er} étage - Casablanca

Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax : 05 22 95 00 03 - Email : dr.bisbis@gmail.com

INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - Ice : 001789271000048



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 29/05/2020

Nom & Prénom : BENHAR FATIMAZAHRA

N° d'examen : 2005C0046

Date réponse : 02/06/2020

FACTURE N° 20/3488

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
FCV monocouche.	B206	200,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}
86 Bd My Idriss I (Face à l'École)
Charles de Foucauld - Résidence Al Jawaher - Casablanca
Tél : 0522 861 836 - 0522 861 829 - 0662 05 99 94



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste

Diplômée de la Faculté de

Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 29/05/2020

Date de réponse : 02/06/2020

Sexe : F

Age : 46 ans

N° d'examen : 2005C0046

Nom et Prénom : Mme BENHAR FATIMAZAHRA

Médecin traitant : Pr. BISBIS

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné après cyto centrifugation et étalement montre un fond ponctué de polynucléaires neutrophiles et renfermant une abondante population de cellules malpighiennes, de type superficiel, intermédiaire, rarement basal et parabasal. Les rapports nucléocytoplasmiques sont conservés, et on note une légère hypertrophie nucléaire mais avec une chromatine fine. Présence également de petits amas de cellules endocervicales normales.

CONCLUSION : - Frottis modérément inflammatoire.
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. L. BADRE

Dr. BADRE Latifa
Anatomocytologiste
86, Bd. Moulay Idriss 1er
Tél : 05 22 86 33 36 et 35 25 20
0662 05 99 94

