

# 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.

## Diagnostique 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063985

ND: 45611

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENTAHILA SAAO  
Date de naissance : 10/07/1959  
Adresse : Lot la Gélise I n° 24 CASA  
Tél. : Total des frais engagés : 250 + 300 + 500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Saâd AGOUMI**  
Gynécologue Obstétricien  
120, Bd. Moulay Idriss I  
Tél. : 022 86 41 01/05-Casa  
Date de consultation : 25/08/2020  
Nom et prénom du malade : BENTAHILA GHADI Age :  
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 : Casa Le : 28/10/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://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
25/08/20	Ca		250,00	
	Pe			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et de l'Anatomiste	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/08/20	P230	300,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

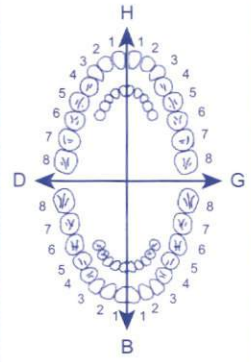
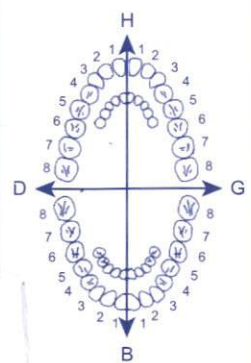
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Saâd Agoumi

Spécialiste

Gynécologue - Obstétricien

Sur Rendez-vous

الدكتور سعد العومي

اختصاصي

أمراض النساء والولادة

بالميعاد



m. GHAFI SNOUS

Casablanca, le 25/08/20

Bentahila Nadia.

Macyl - Laurylee

1 LTB = 73g  
= 1 jour

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)  
Casablanca - Tél.: 05 22 33 51 77 405 22 33 59 53

RC: 264958 - Pat: 36103109 - IF: 50731702 - GSS: 6063490  
N°: 00043820000044 - Email: pharmacie2011@hotmail.fr

Dr. Saâd AGOUMI  
Gynécologue Obstétricien  
120 Bd. Moulay Idriss 1er  
Tél: 05 22 86 41 01 - CASA

120, Boulevard Moulay Idriss 1er - Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 01 - Fax: 05 22 86 41 05

Aut. N° 12839

120, شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 01 - فاكس: 05 22 86 41 05





# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. AGGOURI SAAD  
Nom et Prénom du Patient BENJAMIN NEZ GHATA  
Age 16 ans SNAB NABIA  
Date du prélèvement 25/08/20  
Référence .....

Renseignements cliniques et paracliniques .....

Siège du prélèvement .....

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 Menopausée

- Parité 0

- Thérapeutique antérieure ou en cours .....

- Durée du cycle .....

- FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 31/08/2020

Nom et prénom: MME GHAZI SNOUSSI NADIA  
Sur ordonnance du Dr: AGOUMI S.  
N° d'anapath: 214ACL0820

Parvenu au laboratoire le 27/08/2020

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 56 ans  
RAS

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du prélèvement : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, intermédiaires et parabasales normales  
Quelques pseudo-koilocytes
5. Cellules glandulaires : Peu nombreuses normales

## Conclusion

Frottis cervical **jonctionnel** avec quelques pseudo-koilocytes

Dr. ALAOUZ BOUHAMID Abdelhafid  
Pathologiste  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30  
GSM: 06 61 32 20 02



GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN  
120 BD MY IDRIS Ier CASABLANCA

## DOCTEUR SAAD AGOUMI

Téléphone 86.41.01/05

*Casablanca, le 25/08/20*

A l'attention de

**Mme. GHAZI SNOUSSI NADIA**

*EP. BENTAHILA*

**Dr. Saâd AGOUMI**  
Gynécologue Obstétricien  
120, Bd. Moulay Idriss I  
Tél.: 022 86 41 01/05-Casa

Madame,

Je porte à votre connaissance que, lors de la consultation du 25/08/20, je vous ai prescrit un bilan biologique pour un problème d'asthénie.

Ce document vous est remis pour en faire libre usage.

**Dr. Saâd AGOUMI**

**Dr. Saâd AGOUMI**  
Gynécologue Obstétricien  
120, Bd. Moulay Idriss I  
Tél.: 022 86 41 01/05-Casa



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 27/08/2020

**Facture N° 200477040**  
**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: 300,00 DH

TROIS CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 27/08/2020

Pour MME BENTAHILA NADIA

Sur ordonnance du DR: AGOUMI S.

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
Ancien Chef de Service d'Anatomie Pathologique de la Faculté  
de Médecine d'Avicenne (France)  
de l'Hôpital Militaire Avicenne  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 - Fax: 0522 44 52 30  
Gsm: 0661 32 20 02