

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## Déclaration de 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

460415

## Déclaration de Maladie : N° P19-0000071

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11055

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Babchene Yol

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666599600

Total des frais engagés :

200.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Pour complément de  
Remboursement Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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.

04 OCT. 2020



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 :

Le : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les  
Affections de longue Durée



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : BEKART Hammame

1221471401

N° Affiliation :

932161428165

N° Immatriculation :

1260246991

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant

العنوان : Rue 66 n° 100 A ZHART 1 oufa CASA

مبلغ المصاري (درهم) : 200,00 DH

عدد الوثائق المرفقة : 02

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : BEKART Hammame

Date de naissance :

لـ لـ لـ لـ

N° CIN :

M  ذكر  F ابنة

Identification du médecin traitant

نـ نـ نـ نـ

Type de soins

نـ نـ نـ نـ

Admission ALD\* :

Oui  Non

N° dossier ALD\* :

نـ نـ نـ نـ

Code ALD :

نـ نـ نـ نـ

تم تقديم الظرف المغلق : Oui  Non

نـ نـ نـ نـ تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation : 1111111111

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant

Fait à : CASA

حرر : مصطفى

في : 10/10/2020

توقيع المؤمن له (هـ)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : مصطفى

حرر : مصطفى

في : 10/10/2020

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : 1111111111	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : 1111111111	

02. 05. 20

La vente de cet imprimé est formellement interdite

أطباط المختصة  
Sur Khalifa MEZOU  
Gynécologue  
OULFA CASABLANCA  
0522 89 75 57 GSM  
\* اشطب الخانة

### description des actes effectués

CIM - 10

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux (OD)

تاریخ التغیییہ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع و طابع الصبیي أو میون التجهیزات الطبییة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
		INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
		INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP :

Actes de l'Institut Néerlandais

INP : | | | | | | | |

Adolescent Paramedic

INP : | | | | | | | | | |



# CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN

Dr BOUTAYEB Loubna

Médecin spécialiste en Anatomie Pathologique

Diplômée de l'hôpital universitaire Joan XXIII Tarragone Espagne

CASABLANCA. LE 14-07-2020

Nom et prénom : BEKARI HANNANE

## FACTURE N°20/512

### Nature du prélèvement

### montant TTC

Frottis cervico-vaginal

200DH

Arrêtée la facture à la somme de deux cent c dirhams

Signé : Dr Loubna BOUTAYEB Loubna  
CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN  
Dr. Boutayeb  
Médecin Spécialiste en Anatomie  
et Cytologie Pathologiques  
89, Rue Al Banafsa, Mers Sultan  
Casablanca Tél. 05.22.29.75.05

INPE 091207944

ICE 000115371000041

PATENTE N° 34293466

IF 15247249



# CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN

Dr BOUTAYEB Loubna

Médecin spécialiste en Anatomie Pathologique

Diplômée de l'hôpital universitaire Joan XXIII Tarragone Espagne

CASABLANCA. LE 17-07-2020

RECU LE 14-07-2020

AGE : 44 ANS

ORGANE : COL UTERIN

M<sup>me</sup>: BEKARI HANNANE

MEDECIN PRESCRIPTEUR : Dr MEZOUAR KHALID

REF: 20C091

**Nature du prélèvement :** FCV monocouche.

**Renseignement clinique :** FCV de dépistage

Le prélèvement examiné après centrifugation et étalement, montre une population faite principalement de cellules malpighiennes superficielles, intermédiaires sans anomalie morphologique. A ces éléments se mêlent quelques cellules endocervicales normales, isolées ou regroupées en amas réguliers. Le fond est légèrement inflammatoire. Il n'est pas vu d'agent pathogène.

**Conclusion :**

- Frottis représentatif.
- Bonne trophicité cervicale.
- Frottis légèrement inflammatoire.
- Absence d'agent pathogène.
- Absence de cellule évocatrice d'une lésion intra-épithéliale.

*CENTRE DE PATHOLOGIE MERS SULTAN  
Dr. BOUTAYEB Loubna  
Médecin Spécialiste en Anatomie  
et Cytologie Pathologiques  
89 Rue Al Banafsaj Mers Sultan  
Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 05*



75% 10:27



gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

NON PAYE 1

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	02/11/2020	Virement	-	4 272,90	1 589,68	243,38	1 833,06
1	-	19/10/2020	Virement	-	200,00	48,40	12,10	60,50
3	-	14/10/2020	Virement	-	2 975,20	1 641,34	194,39	1 835,73
2	-	31/03/2020	Virement	-	3 084,40	1 603,31	326,73	1 930,04
1	-	25/03/2020	Virement	-	100,00	64,00	3,00	67,00
1	-	18/02/2020	Virement	-	800,00	548,00	84,00	632,00