

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 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° P19- 065907

ND: 46689

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1451 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDOU FATIMA

Date de naissance : 10-01-1955

Adresse : 45, Avenue Mohamed VI, appt 12, 9° et - Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABDOU FATIMA Age : 65

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Infection S. en tel

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

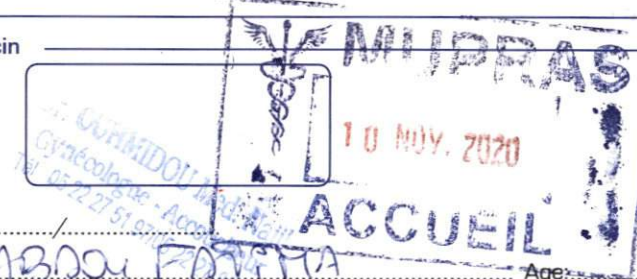
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 10 / 11 / 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

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

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
13/10/2020	Cs	-	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAOU AHMIDA Mohammed 497, Bd. El Fida - Casablanca Tél : 05 22 28 08 21 INPE : 092018357 - ICF : 001448390000087	13/10/2020	59,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SCHEHERAZADE 4, Boulevard Abdelouahed Benmoussa 20140 - Casablanca Tél : 34206518 - Fax : 41807111 INSS : 2294015 - ICF : 001502419000087	14/10/2020	P2ur	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

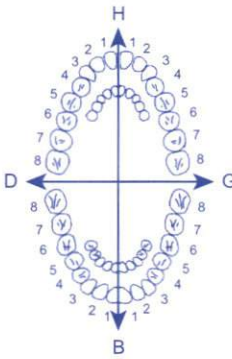
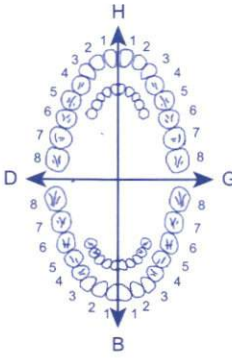
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur OUHMIDOU Med Najib

Gynécologue - Obstétricien

Ex-Assistant des Hôpitaux de Bruxelles

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Stérilité de couple (P.M.A)

Coeliochirurgie - Coloscopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتور وحמידو محمد نجيب

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

طبيب مساعد سابقا بالمستشفيات الجامعية ببروكسيل

الجراحة النسائية - الولادة

عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر

Casablanca, le

Ahmedou Fakhrou 13/10/2022

32.00

Evaluation



27.50

Examen



59.50

PHARMACIE CHAOUTI
AHMEDA Mohammed
437, Bd El Fida - Casablanca
Tél: 05 22 28 08 24
N°PE: 092010257 - ICE: 0044339000087

Place Marechal - 21, Rue Gentil - Casablanca ساحة ماريشال 21 زنقة جانتى - إدار البيضاء

Tél / Fax : 0522 27 51 97 / 0522 27 80 73

المستعجلات : 0661 10 70 00



مختبر شـرزاد

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5^{ème} étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73 - الدار البيضاء 5 - شارع الزركطوني الطابق 5
E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Medecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Medecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Academie Internationale de Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : Référence N° :
Médecin prescripteur : N° Tél :
Nom du patient : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance :
Adresse : N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extemporané ☐

Siège, organe ou tissus :

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques :

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☒

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol :

Signature & Cachet



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5^{ème} étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.47.55.73 - E-mail: labocasa2@gmail.com - ICE : 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

DR OUHMIDOU

Pour

Mme **ABDOU**

FATIMA

Age : 65 ANS
Référence : 1DJE2W6
Parvenu : Le 14/10/2020
Répondu : Le 15/10/2020
Organe : UTERUS-COL.
Ménopausée ;
2G-2P.
Prélèvement intitulé exo et endocol .

- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -

MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin parvenu effectué en phase liquide , à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche .

QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est peu productif .

CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes .

CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : peu élevée

Type de cellules retrouvées :

- * cellules malpighiennes exocervicales basales
- * cellules endocervicales d'aspect normal

FLORE MICROBIENNE

Flore mixte

Il n'a pas été identifié d'éléments infectieux pouvant orienter vers une inflammation spécifique.

CONCLUSION:

- Inflammation cervicale sans signe de spécificité;
- Atrophie cervicale majeure ;
- A contrôler après traitement .

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage
20140 Casablanca
Tél : 05.22.22.69.88 - Fax : 05.22.47.55.73
E-mail : labocasa2@gmail.com
ICE : 001502419000087

Très confraternellement,

DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.