

## 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 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  |
| ○ 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-458715

ND: 49861

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6713

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAJOURDA

FATIHA

Date de naissance : 28/04/1960

Adresse :

Tél. : 06 61 41 69 98

Total des frais engagés :

350 + 250 + 250 = 850 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GHIBRI ALLAH  
Gynécologue Obstétricien  
185, Bd. Zerktouni Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 25 03 20 - 0522 98 87 66  
Fax: 0522 25 77 02

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Hajouarda Fatima Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hajouarda Fatima

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

Signature de l'adhérent(e) :

03 DEC. 2020  
ACCUEIL  
Le : 14/10/20

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
11/11/2015	Prise en charge	600	INR : 600	LKHAYAT Obstétricien : Dr. Waairi Date : 05/22/98 Signature : 25/11/02

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/10/12	B.NK	250,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

BELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de lacte 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

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin

Exocol

Endocol

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre

Signature et Cachet



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 21/10/2020

**FACTURE N° : 20/10540**

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 :

**250,00 Dhs**

**DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **16/10/2020**

Pour **HAJOUARDA FATIHA**

Sur ordonnance du : **Dr BELKHAYAT GHITA**



CABINET DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
Dr Ghita BELKHAYAT  
*Faculté de médecine Cochin Paris V*

Casablanca le 16. 10. 20

Mme Hajjoualde  
Fatima

Facture

CS : 250dhs

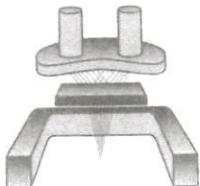
Echo: 350dhs

Total: 600dhs

185boulevard Zerkouni Appt 2 Casablanca  
Tél : 05.22.25.03.20  
05.46.14.57.05

---

*Dr. Ghita BELKHAYAT  
Gynécologue - Obstétricien  
185, Bd. Zerkouni Mazatl - Casabla  
Tél: 0522 25 03 20 / 0546 14 57 05  
Fax: 0522 25 71 02*



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 20/10/20

Nom & Prénom : Mme HAJOUARDA FATIHA  
Sur ordonnance du : Dr BELKHAYAT GHITA  
Réf. : 20C10171

Prélevé le : 14/10/20 et parvenu au laboratoire le : 16/10/20

Organe ou siège du prélèvement : Col utérin

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 60 ans

Parité : 0

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

### TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :

Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :

Hypotrophie

2. Microbiologie :

Sans parasite, ni spore ni filament mycélien

3. Modifications réactionnelles :

Hypertrophie nucléaire mais le rapport nucléo-cytoplasmique est toujours bien conservé

4. Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires et parabasales normales ou réactionnelles

5. Cellules glandulaires :

NOMBREUSES, cylindriques normales

### Conclusion et recommandation :

- Frottis cervico-utérin hypotrophioque.

- Absence de signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr Nouhad BENKIRANE

Dr. BENKIRANE Nouhad  
ANATOMOPATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tel. 22.51.31.22.51.34  
Fax. 22.50.59.22.50.90

Gynécologue - Obstétricien

Diplômée de la Faculté de Médecine Paris V

Ancienne Interne puis Spécialiste des Hôpitaux de Paris

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

خريجية كلية الطب بباريس

سابقاً طبيبة اختصاصية مستشفيات باريس

Date : 14/01/2002

## **ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

Patiante : Hélène DOURDAN femme

Indication : menstrual

Résultats :

Uterus :

Taille atrophique  
échostructure normal

Endomètre : atrophique

Ovaires :

Dr atrophique  
G

Épanchement péritonéal : absent

Conclusion :

Atrophie de l'endomètre

*Dr. Ghita BELKHAYAT  
Gynécologie - Obstétrique  
185, Bd. Zerkouni Maârif - Casablanca - Maroc  
Tél.: 05 22 25 03 20 / 05 22 98 87 61 - Fax : 05 22 25 77 02  
E-mail : ghita@belkhayat.com*

Vasilescu  
hajouarda, fatima 28.04.1960  
(92)

V56003124 20 10 14 1

Dr. Ghita BELKHAYAT

14.10.2020 11:13:37

Tls <0.1 RIC50PA RS  
Hb >0.1 OB  
AMI 0.9 7.0cm / 1.5  
10.4 / 2.1Hr  
Ringer  
100 ml 17.90 1.150

AD 95%

Gr 1

< 1 MM

PCT 1.1

1 D 0.46cm  
2 D 0.45cm  
3 D 0.38cm