

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-539814

51787

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11471	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASERRAR MUSTAPHA			
Date de naissance : 13/12/74			
Adresse : N° 191 LAT NABROUKA SIDI MAAROUF CASABLANCA			
Tél. : 0666 35 08 93	Total des frais engagés : 845/4025		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Date de consultation : 04/09/2020 Nom et prénom du malade : M. ICHETTABI SALOUA Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan Nature de la maladie : Affection gynéco En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un sceau 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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : Casablanca Le : 24/11/2020  
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-539814	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : 11471 Nom de l'adhérent(e) : ASERRAR Total des frais engagés : 845/4025	

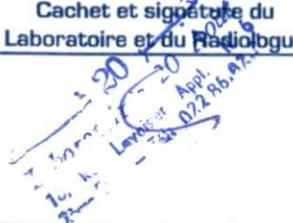
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/09/20	5 + Frac		500,00	INP : <input type="text"/> 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/09/2020	95,40

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/09/2020	Frav A.M.V	250,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

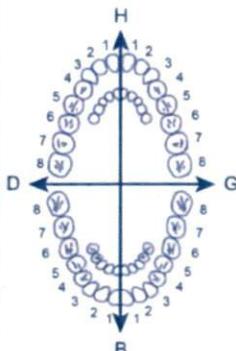
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Cabinet De Gynécologie Obstétrique

Docteur Latifa REGRAGUI

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique

Maladies Du Sein - Stérilité

Chirurgie Gynécologique



عيادة أمراض النساء والتوليد

الدكتورة لطيفة رڭراڭي

اختصاصية

أمراض النساء والتوليد

أمراض الثدي - العقم

جراحة أمراض النساء

Casa, Le

04.09.2020

سمى ACHETTAÏ Safelle

① Pelygynax



28,20

200ml

② Paracetal 500 gelée

10,20

1 gel x 3



③ Safelle

47,90 1 sachet x 25g



Dr. Latifa REGRAGUI  
Gynécologie Obstétrique  
122, Bd. 2 Mars Angle Bd. Mly. Idriss 1  
1er Etage Casablanca  
Tél. 05 22 86 35 36-05 22 86 35 37

PPC: 47,0

SAFOPHAR

saforelle

[www.saforelle.com](http://www.saforelle.com)

6  
  
118001182015

MARPHAR  
POLYONMAX 6 capsule vegetales  
un 10, route Casteret, 11-13, 08100  
Perpignan, France



# منڈر شہزاد

## LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4، شارع الزرقطوني الطابق 5 - الدار البيضاء - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73  
E-mail : labocasa2@gmail.com

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'Academie Internationale de Pathologie

### DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 06-09-2020 Référence N° :

Médecin prescripteur : Dr HACHETTAZI N° Tél. :

Nom du patient : Dr HACHETTAZI Prénom : Sofie

Nom de jeune fille :  Date de naissance : 1985

Adresse :  N° Tél. :

Type de Prélèvement : Cytologie  Biopsie  Curetage  Exérèse  Extemporané

Siège, organe ou tissus:

Examens antérieurs : FCG

Renseignements cliniques & paracliniques : mauvaise che

Frottis de dépistage : Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol :

20/09/2020  
Laboratoires 18, Bd 2 Mars  
Casablanca  
Tél. 05 22 85 35 30 05 22 68 55 37  
Signature & Cachet

**LABORATOIRE D'ANALYSES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
20 Août**



**Docteur Nezha RAQUI**

Médecin Anatomopathologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

CASA 04/09/2020

**FACTURE : 1B2827  
I.C.E :001722963000035**

**INPE : 091119057**

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>TYPE</u>	<u>PRESC</u>	<u>PRIX</u>
KHETTABI SALOUA	FCV	Dr . REGRAGUI	250DH

**TOTAL : 250DH**

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

*Dr : N.RAQUI  
Laboratoire 20 Août  
18, Rue Lavoisier - App. n° 6  
Casablanca - Tel: 0522 86 02 34*

# LABORATOIRE D'ANALYSES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

20 Août



Docteur Nezha RAQUI

Médecin Anatomo-Pathologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

NOM ET PRENOM : KHETTABI SALOUA

REF : 1B2827

DATE DU PRELEVEMENT : 04/09/2020

DATE DU RESULTAT : 08/09/2020

PRES : Dr.REGRAGUI

RC :- 1980.

- Il pare .

## COMPTE RENDU D'EXAMEN

### FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE

Frottis cervical réalisé à l'aide d'une cervex-bruch qui a été immergée dans un milieu de conservation liquide.

La desquamation malpighienne est faite de cellules superficielles eosinophiles, et de cellules intermediaires régulières isolées ou groupées en amas .

Le fond contient une flore polymorphe , des polynucléaires, des histiocytes, des noyaux nus, des cellules endocervicales, et des cellules de remaniement .

### CONCLUSION :

- CERVICITE MODEREE .
- REMANIEMENT METAPLASIQUE JONCTIONNEL.
- ABSENCE DE SIGNE CYTOLOGIQUE DE MALIGNITE.

Dr : N.RAQUI

20  
Laboratoire 20 Août  
18, Rue Lavoisier  
2ème Etage - Tél: 0522 86 02 34  
Appl. N° 6