

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.

ND 53379

N° W19-410552

78163

complément

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHADIT Abdellah

Date de naissance : 15/07/1967

Adresse : 56 RUE TERRAILLEUR D'AGNY CASA

Tél. : 0561976344 Total des frais engagés : 25026 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

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.

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 : USA Le : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



feuille de soins par personne et
ent.

le soins doit être accompagnée de
pièces justificatives originales
ces médicales, factures, résultats
s de radiologie et/ou de laboratoire).

prénom de la personne soignée
portés par les praticiens eux mêmes
feuille de soins.

ectus et les PPM concernant les
nts achetés doivent être joints aux
es transmises.

soins ainsi que les pièces
doivent être présentées à votre
ans les deux mois qui suivent le
te médical, sauf s'il y a traitement
tinu. Dans ce dernier cas, le dossier
résenté dans les soixante (60) jours
t la fin du traitement.

bursement des frais engagés sera
r la base de la tarification nationale
ce.

s liés aux accidents du travail et
professionnelles ne sont pas couverts.

ne coupable de fraude ou de fausse
pour obtenir des prestations qui
s dues, est passible des sanctions
églementaires.

on de remboursement prise par la
st subordonnée au respect des
réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل
حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو
المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من
طرف المارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى
التعاضدية التي تنتمون إليها في
ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما
عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما)
من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة
الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض
المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة
من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر
القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات
الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية
وكل ما سبق ذكره.



Feuille de soins Majadie

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي و الشخصي :

رقم الإنحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

ELYATTI MF HOUSSA

343384

432824379

BH317481

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint

Enfant

ابن

العنوان :
Adresse : 56, Hay Debboudia Rue 18C/11

2500,00

Montant des frais (Dhs) :
Nombre de pièces jointes : 10

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس *:

Déclaration du médden traitant

Bénéficiaire de soins

ELYATTI MF Houda

2005/05/22

BH317481

N° CIN :

Sexe * :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

091076537

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis * :

Oui

Non

.....

تاريخ الحمل :

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

التاريخ المرتفق للولادة :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

تاريخ الإستشفاء :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث :

Fait à : 08/12/2020

حرر ب :

في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

.....

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 30/11/2020

حرر ب :

في :

توقيع أو طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

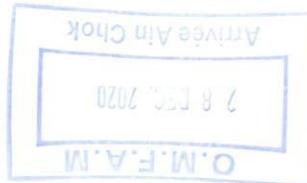
* أسطبل الخانة

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاریخ الإيداع :

CIM-10

رد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution

Actes Paramédicaux

الطباطبائيين المساعدات العمليات

CLINIQUE LES FLEURS
ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA
Tél.05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient **Mme EL YATIME HOUDA**

Chirurgien **DR. BENAABOUD ILHAM**

Anesthésiste **DR. EL OFIR MOHAMED**

Nature de l'intervention **GROSSESSE ARRETEE**

Date intervention **30/11/2020**

Type d'anesthési **SEDATION**

Dilatation cervical

Aspiration ramenant plusieurs débris ovulaires

Contrôle par curette mousse

Bonne évacuât utérine et bonne hémostase

Toilette à la Bétadine

Suites simples

Dr. Ilham BENAABOUD
GYNECOLOGIE CHIRURGIE GENERALE
16, Rue des Hôpitaux Casablanca
Tél. 05 22 22 09 90 Fax 05 22 29 94 47

CLINIQUE LES FLEURS

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERAL

16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA

Tél. 05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

Casablanca

BILLET DE SORTIENom du patient : **EL YATIME HOUDA**Chambre : **NA**Médecin traitant **BENAABOUD ILHAM**Prise en charge **PAYANT**Date entrée **30/11/2020**Date sortie **30/11/2020 17:23**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : LACHHAB

10/12/2020 12:50

20L011144

CLINIQUE LES FLEURS
Accouchement Chirurgie
16, Rue des Hôpitaux
Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90
Fax : 05 22 29 94 47 - Casa

CLINIQUE LES FLEURS**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 30/11/2020

Références

2 550 / 201210125002027022

PAYANT

Entrée / Sortie : 30/11/2020 - 30/11/2020

Le Dr. BENAABOUD ILHAM

présente à Mme EL YATIME HOUDA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
675,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Cachet et signature

CLINIQUE LES FLEURS**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 30/11/2020

Références

2 550 / 201210125002027023

PAYANT

Entrée / Sortie : 30/11/2020 - 30/11/2020

Le Dr. EL OFIR MOHAMED

présente à Mme EL YATIME HOUDA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Cachet et signature

CLINIQUE LES FLEURS

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA
Tél. 05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

F A C T U R E

N° 2 550 / 2020 du 30/11/2020

Nom patient	EL YATIME HOUDA	Entrée 30/11/2020	Sortie 30/11/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		975,00	975,00
			Sous-Total	975,00
Total Frais Clinique				975,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. BENAABOUD ILHAM (genylogue)	1,00		675,00	675,00
DR. EL OFIR MOHAMED (anesthesiste)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	975,00
Total prestations externes				975,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total général 1 950,00
--	-------------------------------

	Espèces	Total encaissé	Solde
Encaissements	1 950,00	1 950,00	0,00

CLINIQUE LES FLEURS
 Accouchement Chirurgie
 16 Rue des Hôpitaux
 Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90
 Fax : 05 22 29 94 47 - Casa

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste

Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 30/11/2020

Nom & Prénom : EL YATIME HOUDA

N° d'examen : 2011H0632

Date réponse : 08/12/2020

FACTURE N° 20/7667

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Produit de grossesse arrêtée.	B280	550,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Cinq cent cinquante Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : Dr L. BADRE

Dr. Latifa BADRE
Anatomocytopathologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 30/11/2020
Date de réponse : 08/12/2020
Sexe : F
Age : 43 ans

N° d'examen : 2011H0632
Nom et Prénom : Mme EL YATIME HOUDA
Médecin traitant : Dr. BENAABOUD

Nature du prélèvement : Produit de grossesse arrêtée.

Renseignements cliniques :

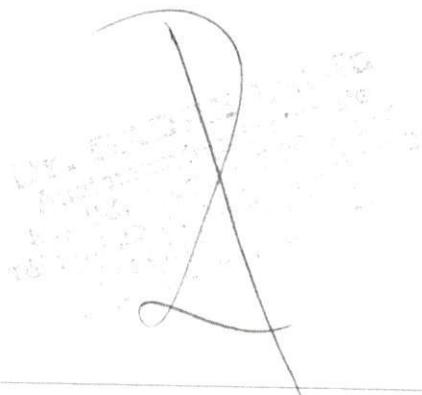
COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné comporte du matériel brunâtre pesant 30grs, inclus en totalité.

Histologiquement, les prélèvements effectués montrent des villosités placentaires de taille variable, à axe œdémateux ou fibreux vascularisé. Elles sont bordées d'une couronne cytotrophoblastique aplatie, rarement modérément hyperplasique et rarement vacuolisée. Présence également de lambeaux de caducque en nécrose ischémique.

CONCLUSION : - Oeuf de grossesse arrêtée environs vers la 6 ème - 7ème semaine gestationnelle.
- Absence de processus lésionnel histologique spécifique.

Signé : Dr. L. BADRE



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : DR. YATINE HOSSEIN

Age : 18 Ans Sexe : F

Date de prélèvement : 20/11/2012

Renseignements cliniques et paracliniques :

Gyné Ant 5 cm.

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cache

ORTHOPHYSIATRISTE
ANATOMOCYTOLOGUE
DR. LAMIA JABRI
Faculté de Médecine de Casablanca
6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca, Maroc
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24 - E-mail : labocasapath@gmail.com