

# 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

M22- N° 0028003

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7852 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RAÏSSI EL ARBI  
 Date de naissance : 01/01/1958  
 Adresse : LOT WAKA AN N°272  
 Tél. : 06.66.81.6955 Total des frais engagés : 295,50 + 300,00 + 300,00 Dhs.

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 23/01/2023  
 Nom et prénom du malade : NEJATI KHADIJA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cystite + Allergie  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : DEROUA Le 27 JAN 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-6-215 / 2019



# 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
23/01/23			300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BOUOUMA 24, rue de la wafaa Fix : 65.22.53.20.54 INPE: 012095070	23-01-2023	295,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire de Pathologie Dr. F. SEKKAT Dr. A. PRITEL	23/01/23	270	300,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

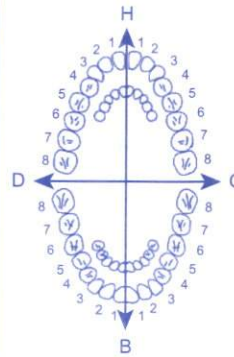
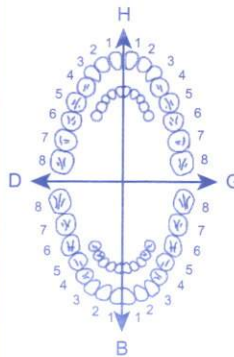
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

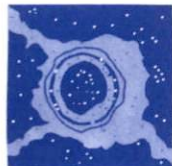
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## FACTURE

FACTURE : 35640

CASABLANCA LE : 23/01/2023

Analyses effectuées le: 23/01/2023

Pour.....: Mme NEJMI KHADIJA

Sur prescription du: Dr ELKHADDAR ILHAM

Code.....: 23WZ551



Organisme.....:

**Montant Net : 300.00**

**Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS Dhs 00 Cts

Dr. Asmaa BRITEL  
ANATOMIE CYTOLOGIQUE  
LABORATOIRE PATHOLOGIQUES  
IBN KHALDOUN  
104, Bis Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila  
Dr. F. SEKKAT  
Dr. A. BRITEL

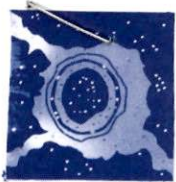
0522.99.37.86 - الفاكس : 0522.99.37.20/21 - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - زاوية عبد المومن - 1, زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Email : [laboratoire.ibnkhaldoun@gmail.com](mailto:laboratoire.ibnkhaldoun@gmail.com)

I.F : 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013





# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : EL KHADAR ILHAM

Nom et prénom : NEJMI KHADHA MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 1961

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : .....

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : Non prise

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Radiographies : .....

Date : 23/01/23 Signature : Dr. EL KHADAR I.  
Gynécologue Obstétricien  
Centre d'affaire N°344, Macer Allah  
1er Etage N°7 Berrechid  
Tél: 0522.33.269/266

104 Mkr, زاوية عبد المومن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 0522.99.37.86  
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Adresse Email : [laboratoire.ibnkhaloudon@gmail.com](mailto:laboratoire.ibnkhaloudon@gmail.com)

Docteur EL KHADAR Ilham

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Sterilité du couple ( P.M.A)

Coeliochirurgie - Colposcopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتورة إلخادار إلهم

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

الجراحة النسائية - الولادة

عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر



161077003

Berrechid, le 23.1.2023

NESNI Koudjo -

90,10

Floaximol



PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafae  
Deraue  
Fix : 05.22.53.20.54

Cel α 2 1/2

50,40

Parfou



Cel α 2 1/2

90,00

repro d'ins

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement el wafae  
Deraue  
Fix : 05.22.53.20.54



Novl 1/10

65,00

Vgel



Dr. EL KHADAR I.  
Gynécologue  
Obstétricien  
Centre d'affaire N° 344 Nacer Allah  
1er Etage N°7 Berrechid  
Tél: 0522337686

Agu 1/10

295,50

برشيد 7 - مركز الأعمال رقم 344 , نصر الله الطابق الأول رقم 7 - برشيد

Centre d'affaire, N° 344 Nacer Allah 1er Etage N°7 - Berrechid

**Repadina®**

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg  
10 ovules vaginaux

PPC : 90.00 DH

PPV :

Lot N° :

Exp :

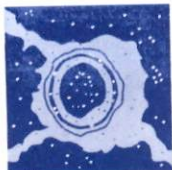
30,10  
LOT 22033  
PER 07/15  
PPV 20,00



والرحم.

LOT: M0833  
PER: 07/2025  
PPV: 50,40DH

Numéro de lot/  
À utiliser de préférence  
avant fin : voir sous le flacon.  
PPC : 65.00 Dhs



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

**Dr. SEKKAT F.      Dr. BRITEL A.**  
**ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES**

Nom : NEJMI KHADIJA

Docteur : ELKHADDAR ILHAM

Age : 62A    ans

Date de réception : 23/01/2023

Code Patient : 23WZ551

Organisme :

Organe : col utérin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Ménopausée.

Le spot cellulaire examiné est constitué par une abondante population pavimenteuse de desquamation, d'allure régressive et préatrophique. Il s'agit essentiellement de cellules intermédiaires profondes ou parabasales avec ici et là quelques coupeaux peu jointifs de cellules basales. Ces éléments sont à majorité cyanophiles et siège d'altérations, d'ordre irritatif et réactionnelles.

On y observe également, quelques éléments jonctionnels, remaniés et matures, ainsi que des éléments cylindriques épars et dégénératifs.

A noter par ailleurs la présence d'éléments, d'allure dystrophique, caryopicnotiques le plus souvent, plus rarement caryorrhexiques, à cytoplasme hyperéosinophile.

Le fond est ponctué d'éléments leucohistiocytaires altérés et renferme des débris cellulaires.

## CONCLUSION :

- Frottis régressif, d'aspect dystrophique et préatrophique, à caractère inflammatoire avec discrets remaniements métaplasiques matures.
- Absence de cellule néoplasique sur le matériel examiné.

Signé : Dr. LAKHMIRI BRITEL

Duplicata fait le 26/01/23

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
IBN KHALDOUN  
104, Bis Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila  
Dr. SEKKAT F.