

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0005363

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 159216  
Nom & Prénom : DIANI MOHAMED  
Date de naissance : 1/1/1945  
Adresse : Hobta  
Tél. : 0671426720 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. A.H. TADLAOUI  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Gynécologique  
12, Bd. d'Anfa - Casablanca  
Date de consultation : 03 Avril 2023  
Nom et prénom du malade : DIANI Mohamed Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Calcul enclave vésiculaire  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 29 / 05 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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   |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03 Avril 2023<br>14/04/23 V12 |                   |                       | 300.<br>Gut                     | Dr. A.H. TADLAOUI<br>Chirurgie Générale<br>12, Bd. d'Anfa - Casablanca<br>Dr. A.H. TADLAOUI<br>Chirurgie Générale<br>12, Bd. d'Anfa - Casablanca |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date                    | Montant de la facture |
|--|-------------------------|-----------------------|
| Pharmacie<br>N° 1, Bd. d'Anfa<br>Hay Hassani, Casablanca<br>Tel: 0522 90 75 20 | 3/04/2023<br>14/04/2023 | 95,40<br>186,00       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE DE PATHOLOGIES<br>IBRAHIM KHALDOUN<br>104, Bis Angle B. Abdelmoumen et Rue de la Liberté<br>Dr. F. EL KAT | 14/04/23 | PUSO                         | 500 M                  |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

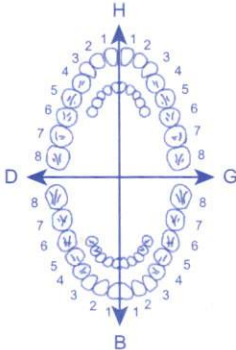
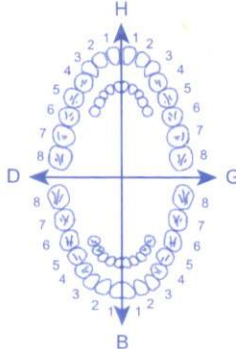
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H  | H  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   | H                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | D   | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B   |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | 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

Docteur A. H. TADLAOUI  
CHIRURGIE GÉNÉRALE, GYNÉCOLOGIQUE

& COELIOCHIRURGIE  
Ex. Assistant du C.H.U Averroès

12, Boulevard d'ANFA (Place Verdun)  
☎ : 27-66-40 & 27-48-20 Fax : 27-66-40  
Patente N° 35507242  
Expert auprès des Tribunaux

الدكتور عبد الفتاح ح. التلاوي  
مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

الجراحة العامة- جراحة الأمراض النسوية  
الجراحة بالكاميرا

الهاتف 27.48.20 - 27.66.40

12 شارع أنفا الدار البيضاء

CASABLANCA le 03 AVRIL 2023

الدار البيضاء في

M. Dani Mohamed

37,10

1) Pendyp 1

1 C S 3/15

58,30

1 Megaspon 16

9540

19 3/16

Dr. A.H. TADLAOUI  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Gynécologique  
12, Bd. d'Anfa - Casablanca



LOT : 5272  
PER : 11 - 24  
P.P.V : 58 DH 30

PERIDYS 1MG/ML  
SUSP BUV F200ML  
P.P.V : 37DH 10  
LOT : 22E001  
PER.: 02 2024

Si on n'aime pas toucher les gens, les écouter, si on n'a pas le désir de les rendre heureux, est-on Médecin ?



Dr A.H TADLAOUI  
Chirurgie Générale Coeliouchirurgie  
Chirurgie Gynécologique  
Chirurgie Pelvi Périnéale (Descente d'Organes)  
12 Boulevard d'Anfa Casablanca  
Tel : +212 522 27 48 20 Fax : +212 522 27 66 40  
Email : [drtadlaoui@gmail.com](mailto:drtadlaoui@gmail.com)  
Website : [drtadlaoui.com](http://drtadlaoui.com)



14.04.2023

M. Drane Mel

149,3

37,3

186,00

1) Clavulon 16



2) Duoxol 15 3MS ar 3

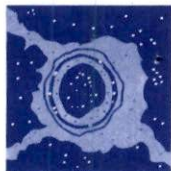
3) Weefotan 160

4) Penderp 15 3MS ar 3

1 cas 3MS ar 3



RDV. Cultuel  
Mardi 20.04.2023  
à 13h à Calub



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## FACTURE

**FACTURE** : 39059

CASABLANCA LE : 14/04/2023

Analyses effectuées le: 14/04/2023

Pour.....: **Mr. DIANI MOHAMED**

Sur prescription du: Dr TADLAOUI

Code.....: 33WZ3644



Organisme.....: **NC**

**Montant Net** : 500.00 **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
IBN KHALDOUN  
104, Bis Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila  
Dr. SEKKAT  
Dr. A. BRITEL

104 مكرر، 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

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 : Tadlaoui

Nom et prénom : DIANI MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : Mohamed

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Vagin

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

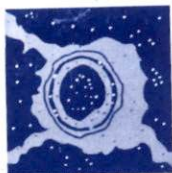
Renseignements cliniques et paracliniques :

Radiographies :

Date : 14.04.2023 Signature : Tadlaoui

**Dr. A. TADLAOUI**  
Généraliste  
Gynécologue  
104 Bis Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca





## LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

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

Nom : DIANI MOHAMED

Docteur : TADLAOUI

Age :      ans

Date de réception : 14/04/2023

Organisme : 230414399

Code Patient : 33WZ3644

Organe : Vésicule biliaire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Cholécystite lithiasique

Reçu une vésicule biliaire de 9cm de long, parvenue ouverte et vidée. La paroi est fibro-congestive souple, à relief muqueux conservé

Histologiquement, il s'agit d'une paroi vésiculaire modérément épaisse, à relief muqueux conservé sous forme de franges muqueuses, hautes, à revêtement régulier, parfois arborescentes, réalisant un aspect pseudo-adénomateux. Le chorion est congestif, modérément infiltré d'éléments inflammatoires mononucléés et renferme quelques tubes diverticulaires, généralement réguliers.

La couche musculaire est modérément épaisse.

La séreuse est congestive et siège d'une certaine hyperplasie vasculo-nerveuse.

CONCLUSION :      - Poussée congestive sur cholécystite chronique pseudo-adénomateuse en foyers.

- Absence de malignité sur le matériel examiné.

Signé : Dr. A. LAKHMIRI BRITEL

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