

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° M21- 0061802

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 896 Société : RT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELHITI ALADOU MTH maled
 Date de naissance : 02/01/43
 Adresse : 5 Rue COURMAYEUR ci Casablanca
 Tél. : 066666115 Total des frais engagés : 313,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : BANGALIA Smaïl Age: 73
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection gastro-intestinale
 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 Le : 30/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
29/08/23	CS		woodh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZYMA 27, Rue Ahmed KADMIRI Cité Plateau Lycée Al Waha Tél : 022.99.43.95 - Casa	23-8-23	303,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/08/23	P240	250 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

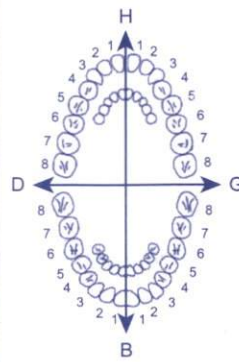
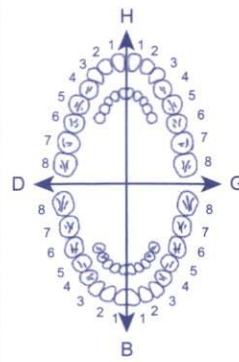
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 29/08/2023

Mme Belghiti Souad

36.30
FLAGYL ovule

1 Ovule le soir (pendant 10 jours)

73.50
CANDIDAX

Toilette matin et soir

39.70
FUCIDINE crème

1 appl matin et soir sur le cuir chevelu

148.00
BACTOSPRAY

1 appl matin et soir

303.50

فوسيدين 2%
كريم أنبوب من 15 غ

39.70

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582

Flagyl® 500mg

10 Ovules



6 118000 060406



8 032578 476033

Lot: 22410

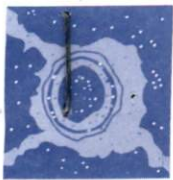
À utiliser de

préférence avant le: voir Etiquette flacon

PPC: 79,50 DH

BACTOSPRAY
LOT: PF2306019
EXP: 06/2026
PPC: 148.00DH

125 ml



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 44424

CASABLANCA LE : 30/08/2023

Analyses effectuées le: 30/08/2023

Pour.....: **Mme BELGHITI SOUAD**

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: 003GS53



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

Montant Net : 250.00 **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

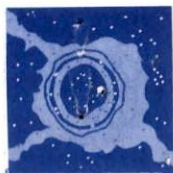
DEUX CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. 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

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 :

Nom et prénom : BELGHITI Souad MR ☐ MME ☒ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 70 ans, 2ème

Référence :

Siège et nature du prélèvement : FW 3GSS3

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

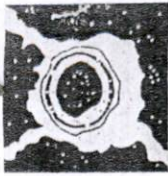
Renseignements cliniques et paracliniques :

zonitection mltuane

Radiographies :

Date: 17/03/2021 Signature:





LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : BELGHITI SOUAD

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F

Age : 70 ans

Date de réception : 30/08/2023

Organisme : NC

30830369

Code Patient : 003GS53

Organe :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : FCV , irritation vulvaire.

Le spot cellulaire examiné et peu à moyennement cellulaire, peu contributif et montre une population desquamative d'allure régressive, de type ménopausique. Il s'agit essentiellement de cellules parabasales ou intermédiaires profondes à majorité cyanophile, mêlées à de nombreuses squames cornées, anucléées ou possédant un noyau en négatif. Les éléments desquamatifs sont le siège d'altérations d'ordre irritatif et réactionnelles. On note par ailleurs des éléments, d'allure dystrophiques, caryopycnotiques ou caryorrhexiques à cytoplasme éosinophile.

Il n'est individualisé de cellules cylindriques sur ce matériel.

Le fond renferme des éléments leucohistiocytaires altérés avec de nombreux débris cellulaires parfois sous forme de noyaux nus agglutinés.

AU TOTAL:

- Frottis peu à moyennement d'aspect régressif de type ménopausique et dystrophique avec dystrophie kératosique.
- Un contrôle après maturation locale est souhaitable.

Signé : Dr. A. LAKHMIRI BRITEL