

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

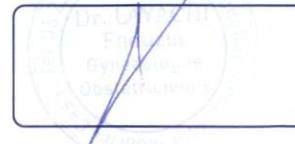
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	896	Société :	AT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	81028
Nom & Prénom :		BELRHIT, ALADOU M'Hamed	
Date de naissance :		02/01/43	
Adresse :		5 Rue COUPEUR ci 2 Casa El Habsa	
Tél. :		066746115	Total des frais engagés : 1993,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BELRHIT, Smail

Age: 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

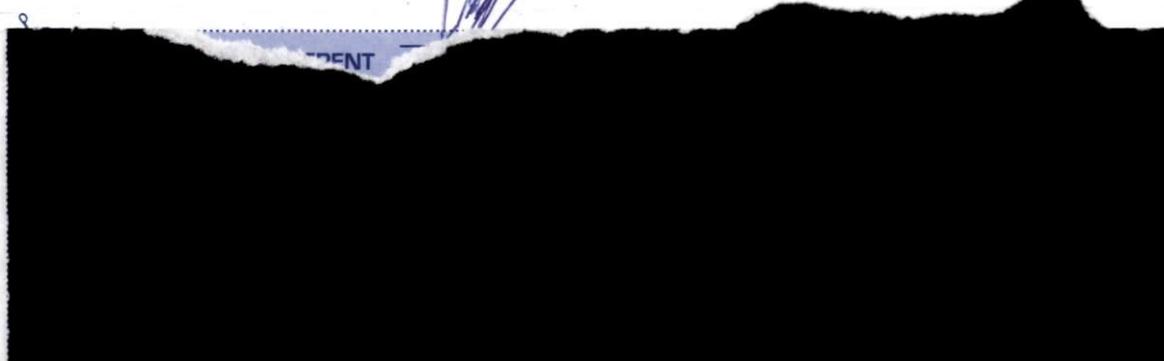
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 30/08/2013

Signature de l'adhérent(e) :



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
29/08/23	Actes		Woodh	 N

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/09/23	P28f0	250.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the HGBS system with a central point labeled 'H' at the top. A horizontal axis extends downwards from 'H' through the center, with arrows pointing left and right labeled 'D' and 'G' respectively. A vertical axis extends downwards from the center, with arrows pointing up and down labeled 'B' at the bottom. The HGBS curve is composed of two main segments: an upper segment starting from point '1' at the top and ending at point '2' at the bottom, and a lower segment starting from point '2' at the bottom and ending at point '1' at the top. Both segments are formed by a series of small circles connected by arcs. The upper segment passes through points 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, and 2. The lower segment passes through points 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, and 2.

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

29/08/2023

Casablanca, Le :

Mme Belghiti Souad

36,30

FLAGYL ovule

1 Ovule le soir (pendant 10 jours)

S.V

S.P

CANDIDAX

Toilette matin et soir

33,70

FUCIDINE crème

1 appl matin et soir sur le cuir chevelu

S.V

S.P

BACTOSPRAY

1 appl matin et soir

303,50

فوسيدين® ٦٪
كريم أنبوب من ١٥ غ

39,70

Eucidine® 2% crème

Tube de 15 g

6 118000 120582

Flagyl® 500mg

10 Ovules

6 118000 060406

36,30

8 032578 476033

Lot: 22410

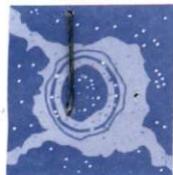
À utiliser de

préférence avant le: voir Etiq 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



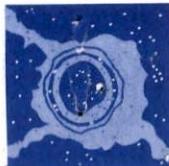
Organisme.....: **NC**

Montant Net : 250.00 **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts

IBN KHALDOUN
104 bis 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 SOUNA MR MME MLLE ENF

Age : 70 ans, 2 paré

Référence :

Siège et nature du prélèvement : PW 3G553

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

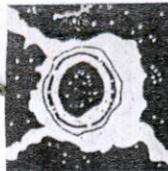
Mariée en 1961

Radiographies :



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

Adresse Email : laboratoire.ibnkhaldoun@gmail.com



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. LAKHMIKI BRITEL