

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 057364

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9045 Société : 2. A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ CHAKIB

Date de naissance : 20/06/1958

Adresse : Romandie II tour Ishbiliya n°15 Casablanca

Tél. : 0663011265 Total des frais engagés : 300 + 300 + 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/23

Nom et prénom du malade : Labbani Ketty Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gynécologie

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/12/23	CS		309,00	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/12/23	Z60	6000fr
	17/12/23	1272	300fr

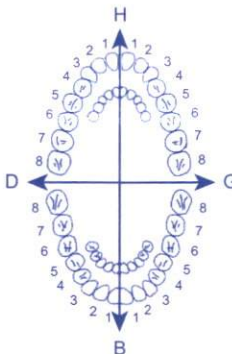
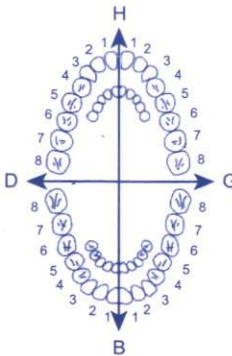
[illegible]

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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div>				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
	<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div>																																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																										

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

14/12/2023

Dr. Lahbib K'halifa

- Toux

- Note de 2 eph

- Anzérolic

2 f.c.u

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE

Résidence Roudani - 400, Bd Brahim
Roudani - Tél: 0522 73 08 76 - Fax:



06 6301 12 65 .



IBN SINA GESTION

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél/Fax : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67
E-mail : laboibnsina@hotmail.fr
Casablanca, le 15/12/23

Date de Réception

15/11/23

LAHBABI KHADIJA

ICE :

Facture n° : 20233758

Cotation	Nature du Prélèvement	Montant Net
P272	FCV	300,00
		NET A PAYER
		300,00

Signé :

IBN SINA GESTION
400, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522 23 08 76 / 05 22 98 48 67



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

24/11/2023

Dr. Belyamini Khalid

- 5 Po

- Ser: reb de r

Mammographie de dépistage

+ complément échographie

Dr. BELYAMINI Khalid
Spécialiste en Gynécologie Médicale
Casablanca 2023

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Gynécologie Obstétrique
BOUTAYANE Amine
Casablanca 2023

GRUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 14/12/2023

Reçu N° 231214009

M ou Mme : **LAHBABI SKIREDJ KHADIJA**

Examen(s) demandé(s) :

MAMMOGRAPHIE

Soit un montant total de : **600.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Dr. BELYAMANI Khalid
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tel : 022.39.07.07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07
Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923


ICE:

001664840000090

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 14/12/2023

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300795417	72
Nom patient	LAHBABI KHADIJA	
Médecin	PR. BOUZIYANE AMAL <i>Gynécologie obst.</i>	
	Prestations CONSULTATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	
Encaissement	<i>CG Sans Echo</i> 0,00 PAYANT	Visa accueil CHAI.ELA 10:53

TA 13/7
FC 70 m
P 74 Kg 700g

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 14/12/2023
Numéro : 176 765



090061862

Nom patient : LAHBABI KHADIJA

Médecin : PR. BOUZIYANE AMAL
Gynécologie obst.

2300795417

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani
Dr. H. Bengelloun
Dr. Z. Tazi chaoui

14/12/2023

PATIENT **LAHBABI SKIREDJ KHADIJA**

MEDECIN TRAITANT **BOUZIYANE AMAL**

MAMMOGRAPHIE BILATERALE :

Seins en involution graisseuse, densité de type A .
Absence de foyer de micro-calcifications suspect.
Absence de distorsion architecturale suspecte ou d'image de suropacité anormale.
Enveloppes mammaires normales.
Prolongements axillaires normaux.

AU TOTAL :

Mammographie bilatérale normale.
Examen classé ACR1 à droite et ACR1 à gauche.

NB : Prière de rapporter les anciens clichés en cas de nouvel examen.

CLASSIFICATION BI-RADS (American College of Radiology) (ACR):

BI-RADS 0 de ACR : Nécessité d'investigations complémentaires.
BI-RADS 1 de ACR : normale (surveillance systématique tous les 2ans dans le cadre du dépistage).
BI-RADS 2 de ACR : lésion bénigne (surveillance systématique tous les 2ans dans le cadre de dépistage).
BI-RADS 3 de ACR : lésion probablement bénigne (surveillance semestrielle est conseillée pendant 1an puis annuelle pendant 2ans).
BI-RADS 4 de ACR : anomalie suspecte, nécessitant une vérification histologique (biopsie).
BI-RADS 5 de ACR : lésion fortement suspecte de malignité (une biopsie ou exérèse est souhaitée).

Dr. BELYAMANI K
Spécialiste en Imagerie Médicale
DR. K. BELYAMANI
Tél : 022 39 07 07



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu du : 18/12/2023

Réf. : CW1903S

Mme LAHBABI KHADIJA

Adressé(e) par : Dr BOUZIYANE

Reçu le : 15/11/23

Age : 55 ans

Nature du prélèvement : Frottis du col utérin en milieu liquide

Renseignements cliniques :

Le frottis est parvenu fixé en milieu liquide, il est technique en couche mince.

L'étude cytologique montre une desquamation malpighienne abondante, composée de cellules à majorité parabasale et basale. Celles-ci sont isolées ou groupées en amas, leur cytoplasme est généralement cyanophile. Elles présentent parfois des altérations nucléo-cytoplasmiques réactionnelles.

Ce frottis comporte des placards de cellules cylindriques endocervicales, parfois irritées, sans caractère atypique. On trouve des amas de cellules de réparation immature.

Le fond renferme des leucocytes, des histiocytes et des noyaux nus.

CONCLUSION : Aspect cytologique témoignant d'une atrophie de la muqueuse cervico-utérine.

Il n'est pas noté de cellule atypique.

Docteur A. EL HAMDAOUI RIFFI

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400
Roudani - Tél: 05 22 23 08 76 / 05 22 98 48 67
Brahim
Casa



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 16/12/2023

Quittance - Paiement espèces 0838049

IPP :

N° D'admission : 2300705617 Montant : 300 Dh

Patient : LAHABAB KHANADJA

Payé par : ELO-~



Cachet