

# 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'attente 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'attente 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 nécessaire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- Le rapprochement 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

- O Rattachement : contact@mupras.com  
 O Pe en charge : pec@mupras.com  
 O 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 :

10126

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DADOUN HANAA

Date de naissance :

27/01/72

Adresse :

7, rue Stéphane Mallamé

Tél. : 0661 24 6619

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22

01/02/2024

Nom et prénom du malade :

DADOUN Hanaa

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection gynécologique

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.

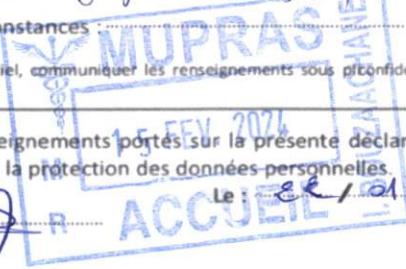
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CAASA

Signature de l'adhérent(e) :

HJ



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE LA CROIX D'OR</b> <b>N. DADOUN</b> 139, rue Abou Ishaq Al Marouni (Marrakech) CASABLANCA - TEL: 05 22 25 55 77	22/01/24 05/02/24	N. 95,00 38,30

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/01/24	P270	250 DHT

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

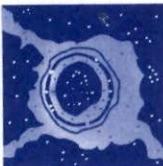
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT : EXÉCUTION



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## FACTURE

**FACTURE :** 49860

CASABLANCA LE : 23/01/2024

Analyses effectuées le: 23/01/2024

Pour.....: **Mme DADOUN HANAA**

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: 34XA3210



Organisme.....:

**Montant Net :** 250.00      **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

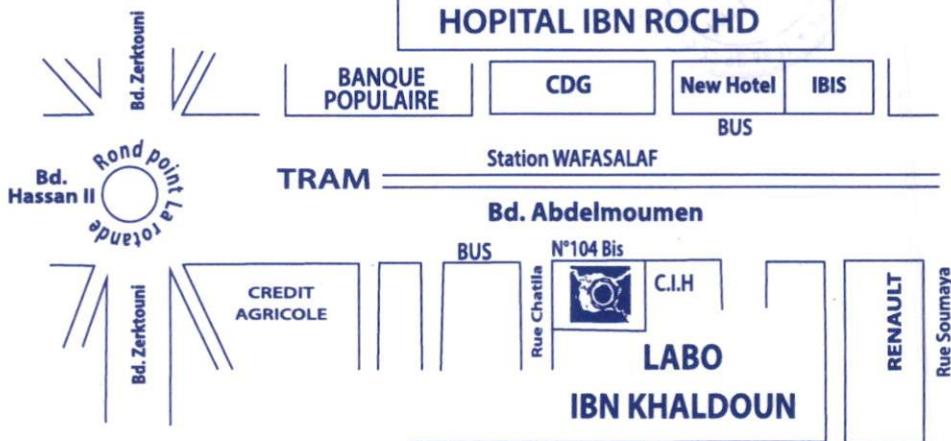
DEUX CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts

104 مكرر، زاوية عبد المؤمن - 1. زنقة شاتلا. الدار البيضا.. 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

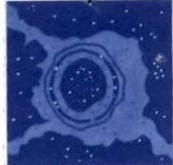
Dr. SEKKAT  
Dr. BRITEL



# مختبر ابن خلدون LABORATOIRE IBN KHALDOUN



Auto-Bus : 19-06-28-38-67-35-29-59-87 / TRAM : Station wafasalaf



# 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 : DADOUN MR  MME  MLLÉ  ENF

Age : 51 ans,  
Genre : Femelle HANNAH

Référence : EW

Siège et nature du prélèvement : .....

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : Menopause

Radiographies : .....

Date : .....

22 JAN. 2021

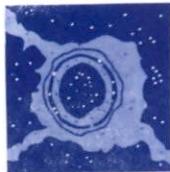
Signature : .....



0522.99.37.86 - الهاتف : 0522.99.37.20 - الدار البيضاء - زاوية عبد العزيز ساقطي

104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél. : 0522 99 37 20 / 21 - Fax : 0522 99 37 86

GSM : 0663 46 87 93 - Adresse Email : laboratoire.ibnkhaloun@gmail.com



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

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

Nom : DADOUN HANAA

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F

Age : 51 ans

Date de réception : 23/01/2024

Organisme : 40123440

Code Patient : 34XA3210

Organe : Col utérin

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Ménopausée.  
FCV de dépistage.

Le spot cellulaire examiné montre un fond grumeleux, d'aspect saupoudré et ponctué de très nombreux éléments leucohistiocytaires altérés.

La cellularité est abondante, d'origine pavimenteuse, essentiellement faite de cellules intermédiaires, cyanophiles et superficielles éosinophiles. Ces éléments sont à caractère cytolytique et siège d'importantes altérations d'ordre irritatif et réactionnelles.

Il n'est pas individualisé de cellule cylindrique sur ce matériel.

CONCLUSION : - Frottis à caractère cytolytique et très inflammatoire ( +++)( Gardenerella ?).

- Absence de cellule néoplasique sur le matériel examiné.

Signé : Dr. A.LAKHMIRI.BRITEL

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES  
IBN KHALDOUN  
104 bis, Angle Bd Abdelloumen et Rue Chatila  
Dr. SEKKAT  
Dr. A.BRITEL

**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 : ..... 05/02/2024



**Mme Dadoun Hanaa**

38, 30  
POLYGYNAX  
1 Ovule le soir (pendant 6 jours)



**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 : ..... 22/01/2024

**Mme Dadoun Hanaa**

SERELYS

1 comprimé le matin

*95,00*  
REPADINA ovule

1 ovule les lundi et jeudi (pendant 3 mois)

