

# 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'accord 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

## 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'accord préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 à joindre avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- Le 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-826286

☒ 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 : 27/10/72

Adresse : 7, rue Stéphane Mallarmé

Tél : 0661246619

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2024

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/01/24

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Perte 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

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 Rapport des Actes                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/01/24        | CS                |                       | h. 0000                         |  |
| 05/02/24        | consulte          |                       | Gratuit                         |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 22/01/24 | 25,00                 |
|  | 05/02/24 | 38,38                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

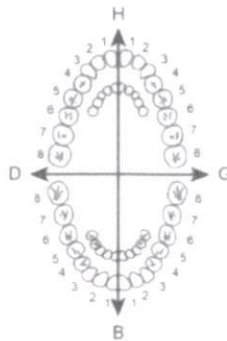
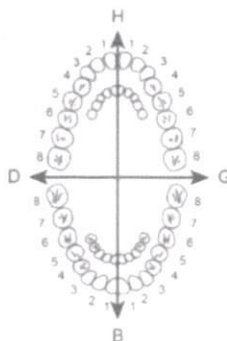
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

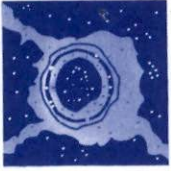
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |  |                  |  | 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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





# 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

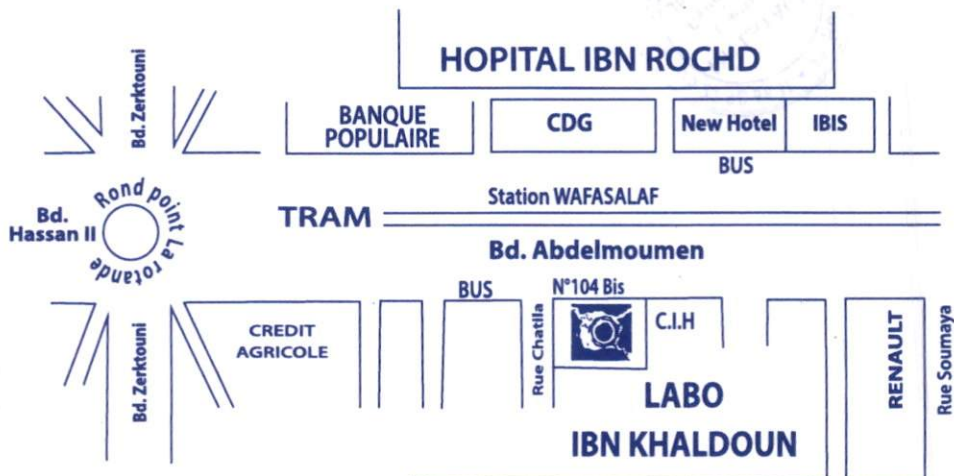
LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES  
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca  
Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.





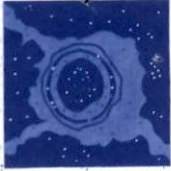
# مختبر ابن خلدون

## 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 ☒ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 51 ans 1/2 HANNA

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : FW

Cytologie :

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

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : Depuis

Radiographies : .....

Date : ..... Signature : .....

22 JAN 2024

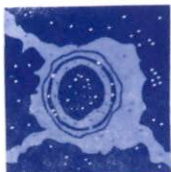


104 Mkr, زاوية عبد المؤمن - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 0522.99.37.86

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

GSM : 0663 46 87 93 - Adresse Email : laboratoire.ibnkhaloudun@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 Abdelmoumen et Rue Chatila  
Dr. F. SEKKAT  
Dr. A. BRITEL



**Dr. Layachī - 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)

