

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.

Nº M21- 0058555
201233

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1751 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El OUAZANI HASSAN

Date de naissance :

1. 1. 1950

Adresse :

149 Rue Soukate Maârif - casa

Tél. : 066 126 99 15

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RAOUF ZAKARIA Fathia Age : 68.158

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection gynéco-obstétrique

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 : 1.04.2024

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
12/03/2014	CS		10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA COLOMBE 33, Rue Ibou Nafissa - Casablanca Tél: 0522 257107 - RC: 255745 INPF: 192037217	11/03/04	192,02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
04 bis, Angle Bd Adolphe Dr. F. S. Dr. A. BRIEL	13/10/3126	120.70	250.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

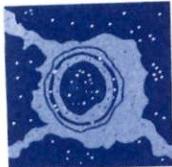
Important :

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

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. F. SEKKAT. Dr. A. LAKHMIKI Ep BRITEL
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : EL OUAZZANI JAMILA

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F

Age : 66A ans

Date de réception : 13/03/2024

Organisme : NC 40313644

Code Patient : 24XA4987

Organe : Col utérin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Sécheresse vaginale - FCV.

L'examen après centrifugation et traitement en phase liquide montre un fond légèrement inflammatoire, riche en lactobacilles de Doderlein, avec présence de Leptothrix Vaginalis.

La desquamation malpighienne est faite essentiellement de cellules intermédiaires et parabasales montrant une légère augmentation de la taille nucléaire, mais le rapport nucléocytoplasmique reste conservé.

On note, aussi, la présence de rares cellules glandulaires cylindriques et des cellules dyskératosiques.

CONCLUSION : - Frottis hypotrophique, dystrophique et légèrement inflammatoire.

- Un contrôle cytologique est indiqué après traitement.

Signé : DR F. SEKKAT**
LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. 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 : 12/03/2024

Mme El Ouazzani Jamila

95,00 x 8



REPADINA

1 ovule les lundi et jeudi (pendant 3 mois)

190,00

PHARMACIE LACOLOMBE
33, Rue Abdellah Ibnou Nafis - Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 56 97 - RC: 255745
INPE: 092037217





مختبر ابن خلدون LABORATOIRE IBN KHALDOUN

Bd. Zerkouuni
Bd. Hassan II
Rond point la Toubana

HOPITAL IBN ROCHD

BANQUE POPULAIRE

CDG

New Hotel

IBIS

BUS

TRAM

Station WAFASALAF

Bd. Abdelmoumen

CREDIT AGRICOLE

BUS

Rue Chatila



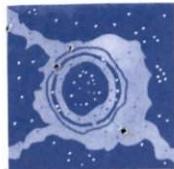
C.I.H

LABO
IBN KHALDOUN

RENAULT

Rue Soumaya

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



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. F. SEKKAT. Dr. A. LAKHMIKI Ep BRITEL

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : EL OUAZZANI MR MME MLLE ENF

Age: 1978, pass Danielle.

Référence : _____

Siège et nature du prélèvement : foie

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endomètre
 - Date des dernières règles :
 - Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : *XXXXXXXXXX*

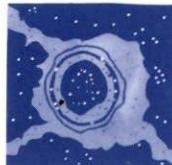
Radioographies: _____

Date: 20-4-20 Signature:

0522.99.37.86 - الفاكس : 0522.99.37.20/21 - الهاتف : 1- زنقة شاتلا - الدار البيضاء - المورن - 104 مكرر، زاوية عبد المولى

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.ibnkhaldoun@gmail.com



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr F. SEKKAT Dr A. LAKHMIKI Ep BRITEL

FACTURE

FACTURE : 51855

CASABLANCA LE : 13/03/2024

Analyses effectuées le: 13/03/2024

Pour.....: **Mme EL OUAZZANI JAMILA**

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: 24XA4987



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

Montant Net : 250.00 **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts

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