

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058555

201233

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1751 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUAZZAM ABDESSLAM

Date de naissance : 1. 1. 1958

Adresse : 149 Rue Souati Maarif - casa

Tél : 0661269915 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL OUAZZAM Samia Age : 63.1.58

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 Le : 04 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

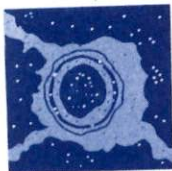
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**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







## LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

**Dr. F. SEKKAT. Dr. A. LAKHMIRI 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 DE PATHOLOGIES  
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 4

REPADINA

1 ovule les lundi et jeudi (pendant 3 mois)



190,00

PHARMACIE LACOLOMBE  
33, Rue Abdellah Ibnou Nafii - Casablanca  
Tél: 0522 25 56 94 - RC: 255745  
INPE: 092037217

MA 1013 REV 01

**Repadina®**

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg  
10 ovules vaginaux

PPC : 95.00 DH

(01) 08032595871460

UDI

(17) 260630

(10) 215937

2026-06

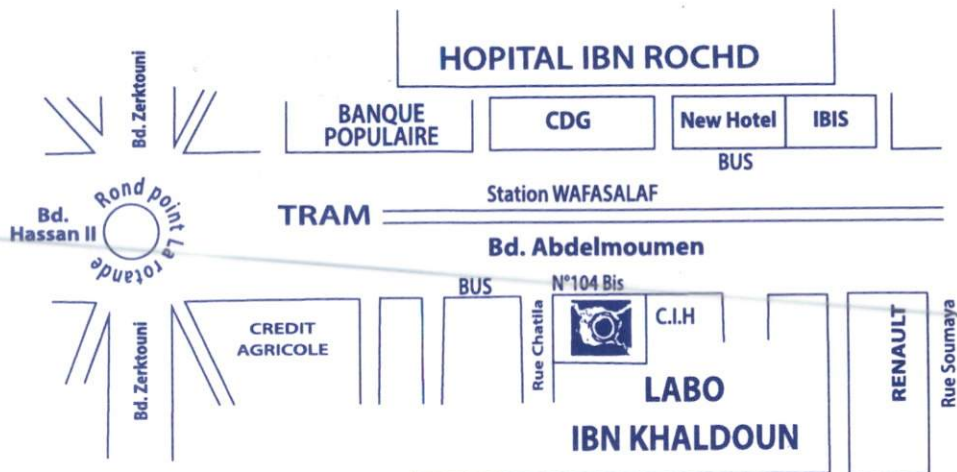
215937



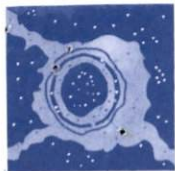


# مختبر ابن خلدون

## 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. F. SEKKAT. Dr. A. LAKHMIRI Ep BRITEL

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : .....

Nom et prénom : E. OUAZZAM MR ☐ MME ☒ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 1978, 4 par Samir

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : fec

Cytologie :

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

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Radiographies : .....

Date : .....

Signature : .....

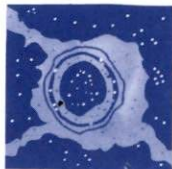
12 MAR. 2024



104 Mkr, زاوية عبد المومن - 1، زنقة شاتلا - 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.ibnkhaloud@gmail.com



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr F. SEKKAT Dr A. LAKHMIRI 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

مكرر، زاوية عبد المومن - 1، زنقة شاتلا - 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

Email : [laboratoire.ibnkhaltdoun@gmail.com](mailto:laboratoire.ibnkhaltdoun@gmail.com)

I.F : 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013