

# 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.

## Adresses Mails utiles

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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

*NDP = 20752*  
**Déclaration de Maladie : N° P19- 0009183**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3242* Société : *RAM*  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *Reformée*  
Nom & Prénom : *ELATI Chadia* Date de naissance :  
Adresse : *Rue 76 n°35 groupe Poulfa Casa*  
Tél. : *0666339277* Total des frais engagés : *600,00 DHS* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *19 / 11 / 2019*  
Nom et prénom du malade : *Louisa ELATI Chadia* 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 : *Casa*

Le : *19 / 11 / 19*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



# 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
19/11/19	CS		3000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/11/19	3240	30000Dhs

## AUXILIAIRES MEDICAUX

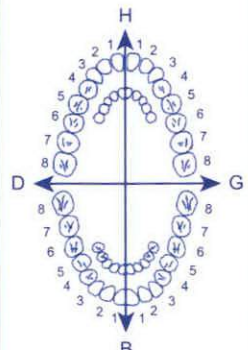
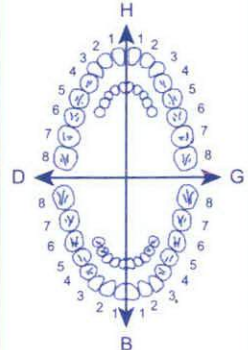
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

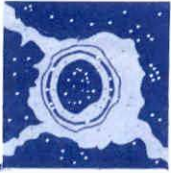
## Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <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.

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : .....

Nom et prénom : Loukili MR ☐ MME ☒ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 1958, 3 ans CHADIA

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : FW 13L 4542

Cytologie :

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

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Radiographies : .....

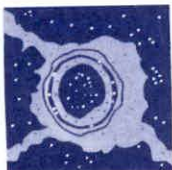


LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
IBN KHALDOUN  
Dr. F. SEKKAT  
Dr. A. BRITEL  
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila

19 NOV 2019

Signature : .....





# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## FACTURE

**FACTURE :** 11872

CASABLANCA LE : 20/11/2019

Analyses effectuées le: 20/11/2019

Pour.....: **Mme LOUKILI CHADIA**

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: IBL4542

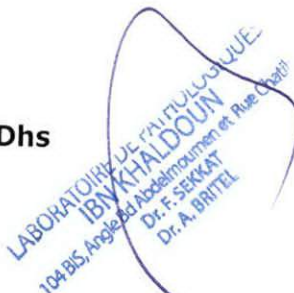


Organisme.....: **NC**

**Montant Net :** 300.00

**Dhs**

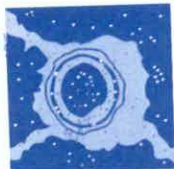
Arrêtée la présente facture à la somme de :  
TROIS CENTS Dhs 00 Cts



104 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.ibnkhaldoun@gmail.com](mailto:laboratoire.ibnkhaldoun@gmail.com)

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



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

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

Nom : LOUKILI CHADIA

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F

Age : 61 ans

Date de réception : 20/11/2019

Organisme : NC

Code Patient : 1BL4542

Organe : Col utérin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : FCV de dépistage.

Cf. N° 1BL1542 : Frottis très inflammatoire.

Le frottis monocouche réalisé montre un fond parsemé ici et là, des polynucléaires neutrophiles, groupés en amas altérés.

Il renferme une exfoliation cellulaire pavimenteuse dense, constituée de rares cellules superficielles, le plus souvent intermédiaires ou plus rarement parabasales. Ces éléments sont isolés ou groupés en amas avec un aspect général cyanophile. Ces éléments présentent des altérations d'ordre réactionnel, inflammatoires essentiellement ou quelque peu dystrophiques parfois, sans caractère cytologique significatif ou suspect de malignité.

Certaines cellules parabasales sont plutôt d'ordre métaplasique, tout à fait matures avec ici et là de rares cellules cylindriques sans particularité.

CONCLUSION : - Frottis de type mixte, inflammatoire, peu dystrophique.  
- Absence de cellules malignes sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F. SEKKAT

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