

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0005124

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1255 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FARISSIANAR Date de naissance : 19 41
 Adresse : Hay Tassahawt Rue 10 N°4 Casablanca
 Tél. : 0668946426 Total des frais engagés : 50000 DH Bata 3000 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL MANOUZI Abdelkrim
 GASTROENTÉROLOGUE
 19, Bd. de Bordeaux
 Tél : 05.22.20.62.31 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/21
 Nom et prénom du malade : EL ABDELMAJID Age : 18 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cholestérol

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /



(Signature)

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

15/03/2021	S	1	8	Dr. EL MANOUZI Abdelkrim GASTROENTEROLOGUE 19, Bd. de Bordeaux Tél: 05 22 20 62 31 - Casablanca
21 MARS 2021	cl	1	2	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Dr. EL MANOUZI Abdelkrim
GASTROENTEROLOGUE
 19, Bd. de Bordeaux
 Tél: 05 22 20 62 31 - Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

15/03/2021	Lum.	500,00
------------	------	--------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

--	--	--	--	--	--	--

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

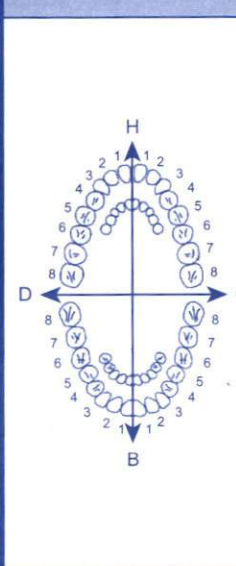
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

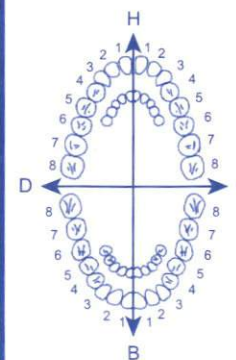
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

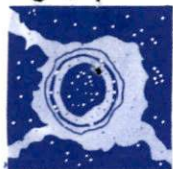
DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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 : *Dr. El Manouzi*

Nom et prénom : *El Manouzi Latifa* MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

.....

.....

.....

Radiographies :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

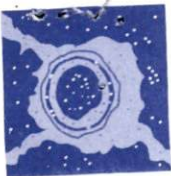
.....

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

Dr. EL MANOUZI Abdelkrim
GASTROENTÉROLOGUE
19, Bd. de Berdeaux
Casablanca
Tél.: 05.22.20.62.31 - Casablanca

Dr. RIAD Mourad
Chirurgie Générale
207, Bloc 6 Bd. Rhaïad
Sebata - Casablanca
Tél.: 0808 534 104 - 105

Signature: Dr. RIAD



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 3581

CASABLANCA LE : 15/03/2021

Analyses effectuées le: 15/03/2021

Pour.....: **Mme ABDELLAOUI LATIFA**

Sur prescription du: Dr RIAD.MOURAD

Code.....: 2AW7962



Organisme.....:

Montant Net : 500.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS Dhs 00 Cts

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

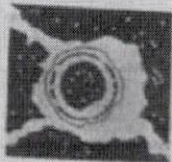
093003093

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.ibnkhaloudn@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 : ABDELLAOUI LATIFA

Age : ans

Organisme

Organe : Vésicule biliaire

Docteur : RIAD.MOURAD

Date de réception : 15/03/2021

Code Patient : 2AW7962

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Cholécystectomie

Reçu deux calculs durs, dont le plus grand mesure 1,2 cm de grand axe (remis au patient).
L'examen concerne une vésicule biliaire de 7 cm de long, parvenue ouverte et vidée, à paroi fibro-congestive souple et à relief muqueux conservé.
Histologiquement, il s'agit d'une paroi vésiculaire modérément épaisse, à relief muqueux conservé sous forme de franges muqueuses, hautes, à revêtement régulier, parfois arborescentes, réalisant un aspect pseudo-adénomateux.
Le chorion est congestif, modérément infiltré d'éléments inflammatoires mononucléés et renferme quelques tubes diverticulaires, généralement réguliers.
La couche musculaire est modérément épaisse.
La séreuse est congestive et siège d'une certaine hyperplasie vasculo-nerveuse.

CONCLUSION :

- Poussée congestive sur cholécystite chronique lithiasique avec foyers pseudo-adénomateux.
- Absence de malignité sur le matériel examiné.

Signé DR A. BRITEL

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
IBN KHALDOUN
Dr. A. BRITEL