

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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.

Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1453**

Société : **R.A. 51**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KHAIARI NEZHA Yousra Chabani Abdela3**

Date de naissance : **03/08/1961**

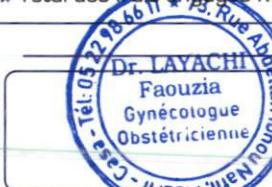
Adresse : **Résidence Rio Apt 3222 Bd de la Corniche Ain Diab Casab**

Tél. : **0662246640** Total des frais engagés : **6.00 Dhs**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/01/2022**

Nom et prénom du malade : **CHAKIRI HADIA**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : **Casab**

Le : **16/03/2022**

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
28/10/2022	CS		300000	

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
 LABORATOIRE IBRAHIM KHALDOUN 1 Bis Angle 2d Abdellahouen et Rue de la Villa Dr. A. BRITEL	04/03/92	P 240	300 DH

AUXILIAIRES MÉDICAUX

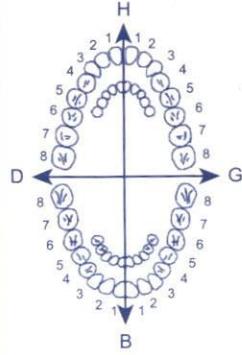
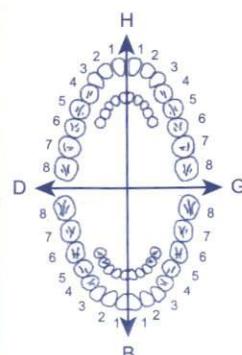
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

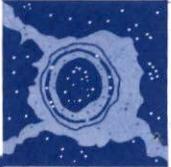
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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															
	<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
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												
				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 :

Nom et prénom : CATHERICASUI MR MME MLLÉ ENF

Age : 1961, 3 mois Né(e) Nezha

Référence :

Siège et nature du prélèvement : FW 03U6714

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Depuis

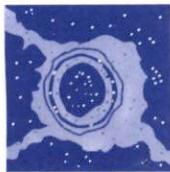
Radiographies :

28 FEV 2022



0522.99.37.20/21 - زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.86 - الفاكس : 104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Adresse Email : laboratoire.ibnkhaloun@gmail.com



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 23234

CASABLANCA LE : 01/03/2022

Analyses effectuées le: 01/03/2022

Pour.....: **Mme CHERKAOUI NEZHA**

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: 03V6714



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

Montant Net : 300.00 **Dhs**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

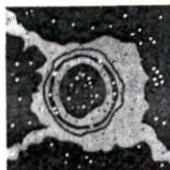
TROIS CENTS Dhs 00 Cts

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

104 مكرر، زاوية عبد المؤمن - 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.ibnkhaloun@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 : CHERKAOUI NEZHA

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F

Age : 61 ans

Date de réception : 01/03/2022

Organisme : NC

Code Patient : 03V6714

Organe : col utérin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : FCV de dépistage.

CF.N°03V6714 : - Frottis régressif de type ménopausique, atrophique, dystrophique.
- Absence de cellule maligne sur ces prélèvements.

Le spot cellulaire examiné est constitué par une abondante population pavimenteuse de desquamation, d'allure régressive et atrophique, de type ménopausique. Il s'agit essentiellement de copeaux peu joints de cellules basales, mêlées à quelques cellules parabasales éparses ou groupées, voire à de très rares cellules intermédiaires généralement profondes. Ces éléments sont à majorité cyanophiles rarement éosinophiles et montrent des altérations essentiellement d'allure dystrophique, à type de caryopicnose ou de plus rarement de caryorrhexie avec une discrète hyper-éosinophilie cytoplasmique. On y observe également quelques éléments cylindriques, épars ou plus rarement groupés, d'aspect dystrophique.

Le fond renferme essentiellement des débris cellulaires sous forme de boules cyanophiles ou de noyaux nus.

CONCLUSION :

- Frottis d'aspect régressif et atrophique, de type ménopausique avec altérations cytonucléaires, d'allure dystrophique.
- Absence de cellule néoplasique sur le matériel examiné.

L'ASSOCIATION DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 bis Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. SEKKAT
Dr. BRITEL

Signé : DR A.BRITEL