

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Educational :

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

Déclaration de Maladie

M22- N° 002473

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10898 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NABIT LOUBNA
Date de naissance : 25/04/1978
Adresse : LOTISSEMENT KITAABIA, N°2, DE BOUZZA
Tél. : 066 185204 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/05/2022
Nom et prénom du malade : NABIT LOUBNA HAMM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection gynécologique
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
05/05/22	CS		300dh	
05/05/22	échographie pelvienne		300dh	

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
	06/05/22	P270	300dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

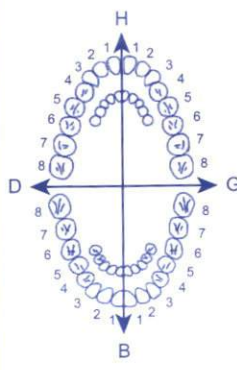
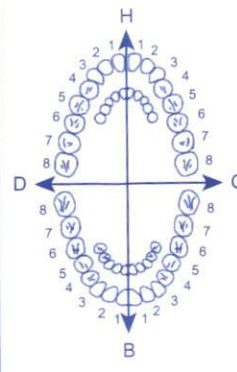
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

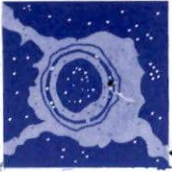
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que 1e 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 : NAZIH MR ☐ MME ☒ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 1978, Ghablene Loubra

Référence :

Siège et nature du prélèvement : FU 0253303

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

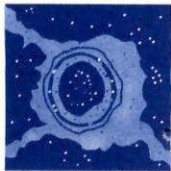
ATM HQN

Radiographies :



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

Signature :



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 25483

CASABLANCA LE : 06/05/2022

Analyses effectuées le: 06/05/2022

Pour.....: **Mme NAZIH LOUBNA HANANE**

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: 02J3303



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

Montant Net : 300.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS Dhs 00 Cts

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

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.ibnkaldoun@gmail.com

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

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 :

05/05/2022

RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme
de six cents (600dh) dirhams de
Mme NAZIH LOUBNA HANANE pour
Une consultation spécialisée (300 dh)
+ une échographie pelvienne (300 dh).



DR. LAYACHI TAHIRI FAOUZIA
Gynécologie – Obstétrique
73 , Abdellah Ibnou Nafii Maarif
Tél : 0522 25 56 94
0522 98 66 11
Email : dr.faouzialayachi@gmail.com

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

DATE : 05/05/2022

INDICATION : Métrorragie

Position

Intermédiaire

1- Contours

Réguliers

2- Dimensions

Distance fond –isthme : 42 mm

Epaisseur au niveau du corps : 21 mm

Largeur dans le fond utérin : 26 mm

3- Echostructure

Homogène

4- Endomètre

Régulier, d'aspect en « grain de café », mesure 7 mm

6- Annexes

Ovaire D : Aspect : plusieurs follicules

Surface : 11,7 cm²

Ovaire G : Aspect : plusieurs follicules

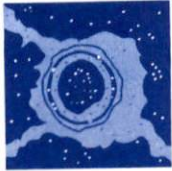
Surface : 2,8 cm²

7- Douglas : Libre

CONCLUSION :

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE.





LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : NAZIH LOUBNA HANANE

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F

Age : 44A ans

Date de réception : 06/05/2022

Organisme : NC

Code Patient : 02J3303

Organe : Col utérin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : FCV

Le frottis monocouche réalisé montre un fond parsemé d'une flore lactobacillaire assez abondante avec ici et là de rares polynucléaires neutrophiles.

Il renferme une exfoliation cellulaire pavimenteuse dense, constituée de cellules superficielles intermédiaires et parfois parabasales. Ces éléments sont isolés ou groupés en amas avec un aspect général le plus souvent acidophile. Ces éléments présentent des altérations minimales, on note ici et là une discrète hypertrophie nucléaire, mais sans hyperchromatie sans binucléation, sans caractère significatif ou suspect.

Très rarement, on note des éléments d'ordre métaplasique, groupés en amas, sans individualisation de cellule cylindrique.

CONCLUSION : - Frottis à caractère propre, avec des altérations nucléaires minimales non significatives, qu'il convient toutefois de contrôler ultérieurement.
- Absence de cellule maligne sur ces prélèvements.

Signé : DR F. SEKKAT

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