

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	11831	Société :	EL AÏSLANI MY ABDELGM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	133379
Nom & Prénom :		EL AÏSLANI MY ABDELGM	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661597792	Total des frais engagés	0.2 DEC. 2022 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUZIANE Azeddine
Chirurgie Générale
Proctologie Coelio Chirurgie - Echographie
540 B.C. 2 Marsa Abdellah Al Chakr Casablanca

Date de consultation : 21/10/2022
Nom et prénom du malade : LÔTFI ILTRI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

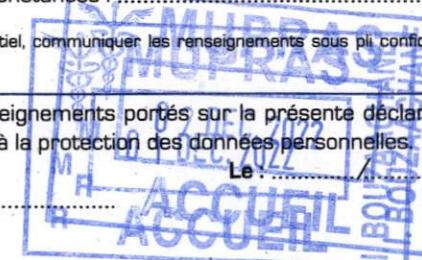
Nature de la maladie : cholezystectomie pm LV

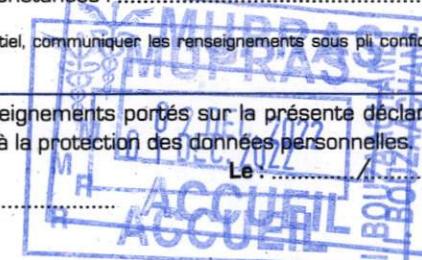
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : Le : / /

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
21.10.22	C 2	1350	G	Dr. BOUZIANE Azeddine Chirurgie Générale Proctologie Coelio Chirurgie 540 Dr. 2 Mars Haddaoui Tél. 03 22 21 64 68

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 DE RADILOGIES 104, Bis Angle Bd. Abdellah et Rue des Dr. F. EKKAT Dr. A. BRITEL	22/10/22 8450		5000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

Diagramme d'ODF (Oeuvre Dentaire Fixe) pour la détermination des coefficients de mastication.

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagramme d'ODF (Oeuvre Dentaire Fixe) pour la détermination des coefficients de mastication.

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

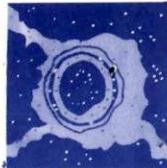
Fin d'exécution

Date du devis

Date de l'exécution

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. Abou Graa

Nom et prénom : Mr Lotfi MR MME MLLÉ ENF

Age : 36 ans

Référence : 36 ans

Siège et nature du prélèvement : Rencale biliaire

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : Obteg. Océan

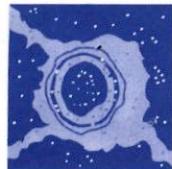
Radiographies :

CLINIQUE D'INNOVATION
510, Avenue Driss Haddaouia n° 105-107-109
Tel 0522 21 18 87-0522 21 64 68 Casablanca
Fax 0522 21 64 68 Casablanca

22 Signature : Dr. BOUZIANE Baddia
Dr. BOUZIANE Baddia
Proctologie Générale - Endoscopie
540, Bd 2 Mars n° 1a Casablanca
Tél. : 0522 21 03 22

0522.99.37.86 - 104 مكرر، زاوية عبد المؤمن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - 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 : 32049

CASABLANCA LE : 22/10/2022

Analyses effectuées le: 22/10/2022

Pour..... : **Mme LOTFI ILHAM**

Sur prescription du: Dr BOUZIANE AZEDDINE

Code..... : 32VY7353



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

Montant Net : 500.00 **Dhs**

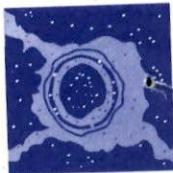
Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS Dhs 00 Cts

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

0522 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.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 : LOTFI ILHAM

Docteur : BOUZIANE AZEDDINE

Age : 36 ans

Date de réception : 22/10/2022

Organisme :

Code Patient : 32VY7353

Organe : Vésicule biliaire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Cholécystectomie pour LV.

Reçu une vésicule biliaire de 8 cm de long, parvenue ouverte, renfermant plusieurs micro-calculs friables. La paroi est oedémato-congestive, souple, à relief muqueux largement affaissé.

Histologiquement, il s'agit d'une paroi vésiculaire modérément épaisse, oedématueuse à relief muqueux largement affaissé, réduit à des tubes diverticulaires réguliers ou dédifferencierés et enserrés dans un chorion oedématueux et infiltré d'éléments inflammatoires mononucléés. ce chorion est également incrusté de cristaux orangéophiles.

La couche musculaire est épaisse.

La séreuse est le siège d'une importante hyperplasie vasculo-nerveuse.

A noter un ganglion cystique réactionnel.

CONCLUSION :

- Poussée oedémato-congestive sur cholécystite chronique lithiasique.
- Absence de malignité sur le matériel examiné.

Signé : Dr. A. BRITEL

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