

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 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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-784312

151395

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 400 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELAFKIH MINA

Date de naissance : 20/09/1951

Adresse :

Tél. : 0600007961 Total des frais engagés : 2400000 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELAFKIH MINA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : éventuelle

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) :

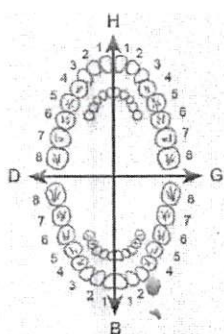
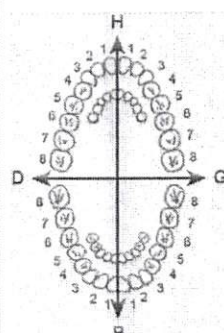
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
26/1/2023		9		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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
	27/1/2023	25/132	2430,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (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

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : KACIMI
Nom et prénom : BELAKIL MINA Age: 1971
Tel : 06, 30, 34, 88, 08

Date du prélèvement : Réf. antérieur :

Siège et nature du prélèvement : Evénement chirurgical

Renseignements cliniques : Cellulite

① Peau necrose cellulaire

② Epiploon (grand)

③ Sac herniaire

Cytologie: - Frottis : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

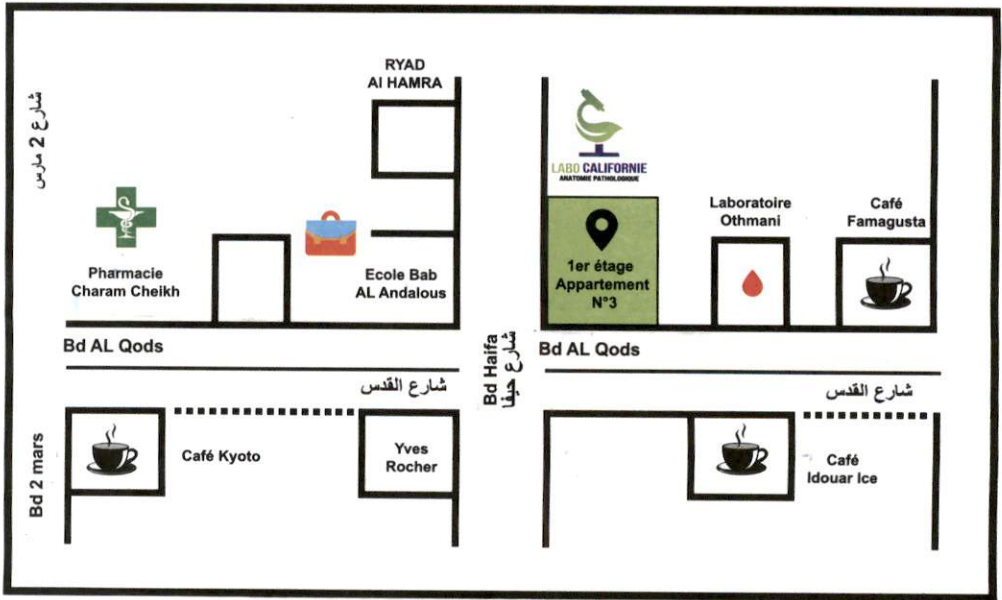
- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels :

Date : 26-1-83 Signature : Dr. ALAOUI KACIMI Omar

06 30 34 88 08
 06 00 00 79 61 yoness
 Houd R. p. Chapue

يمكنكم الإتصال بنا هاتفيا لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



شارع القدس إقامة رياض القدس GH2 الطابق النول الشقة رقم 3 الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1^{er} étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 07 01 49 49 27 / 07 11 04 82 27 Email : ibeliamime@labocalifornie.com

WWW.labocalifornie.ma

**LABORATOIRE D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE CALIFORNIE**

Dr . IMANE BELIAMIME

Médecin spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques



LABO CALIFORNIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**مختبر التشريح المرضي
كاليفورنيا**

د. إيمان بليميم

طبيبة اختصاصية
في التشريح المرضي

REÇU LE : 27/01/2023

EDITE LE : 07/02/2023

NOM & PRENOM : BELAFKIH MINA

AGE

: 72 ans

PRESCRIPTEUR : DR ALAOUI KACIMI OMAR

REF

: H230127523

ORGANE

: Peau -Epiploon-Sac herniaire

ORGANISME

: AUCUN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Eventration étranglée - Cellulite.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Parvenu:

1/ Peau nécrosée:

Un lambeau cutané pesant 850 gr et mesurant 6x15x21 cm. A la coupe, aspect grasseux avec des remaniements nécrotiques.

L'examen histologique des différents prélèvements réalisés montre un lambeau cutané dont le derme et l'hypoderme siègent d'un infiltrat inflammatoire interstitiel et périvasculaire fait essentiellement de polynucléaires neutrophiles avec leucocytoclasie. Il est noté également de la cytotéatonécrose, des remaniements nécrotiques et hémorragiques. L'épiderme est ulcéré par places remplacé par du matériel fibrino-leucocytaire. Il n'est pas retrouvé de signes de malignité.

2/ Epiploon:

Un fragment pesant 274 gr et mesurant 1,2x16x40 cm. A la coupe, aspect grasseux.

L'examen histologique des différents prélèvements réalisés montre un tissu fibro-adipeux congestif. Il n'est pas retrouvé de signes de malignité.

3/ Sac herniaire:

Un fragment pesant 498 gr et mesurant 3,5x15x40 cm. A la coupe, aspect fibreux.

L'examen histologique des différents prélèvements réalisés montre un tissu fibro-adipeux congestif. Il n'est pas retrouvé de signes de malignité.

CONCLUSION :

1/ Peau nécrosée:

Remaniements nécrotiques et inflammatoires aigus sans signes de malignité.

2/ Epiploon - 3/ Sac herniaire:

Remaniements congestifs sans signes de malignité.

Dr Imane BELIAMIME

Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie

Bd El Qods, Immeuble Riad EL Qods GH2,
1er étage, Appartement N°3, Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27

شارع القدس إقامة رياض القدس، GH2 الطابق الأول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Qods GH2, 1^{er} étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma

FACTURE

REF : FA23000353

Date de facturation 27 / 01 / 2023
Médecin traitant DR ALAOUI KACIMI OMAR
Patient BELAFKIH MINA
Demande H230127523 - 27/01/2023
Organisme AUCUN

Liste des examens

pe Peau
Ky Kyste
Ky Kyste

Histologie
Peau -Epiploon-Sac herniaire

A Payer 2 400,00 Dhs
Coef-P 2182

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE QUATRE CENTS
DIRHAMS

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2
1er étage, Appartement 3 - Casablanca
Tel: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27
INPE : 091271890