

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-784312

151395

AS

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

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 : 2400,00 dh

Dhs

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 :

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

## 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
26/11/2023		G		INP : 1310511111 ALAOUI Chirurgien INP : 1310511111

S  
chét et Signature de  
estant le Paiement  
IP :

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	
<p style="text-align: center;">Dr Imans Laboratoire d'Anatomie Pathologique Bd El Ouods, Immeuble El Moudaw 1er étage, APP N° Tél: 0522 58 86 43 - 070 149 2711 INPE : 0912 100 000</p>	
Date	
27/11/19	

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

D.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : KACIMI.

Nom et prénom : BELAFKIR MINA Age: 1971

Tel : 06.30.34.78.08

Date du prélèvement : ..... Réf. antérieur :

Siège et nature du prélèvement : Everyfable et nystagme

Renseignements cliniques : Cellulite

① Peau nacrée, collante

② Epiploon (grand)

③ Sac hordeole

Cytologie:

- Frottis : Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction  Liquide

- Traitements éventuels :

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

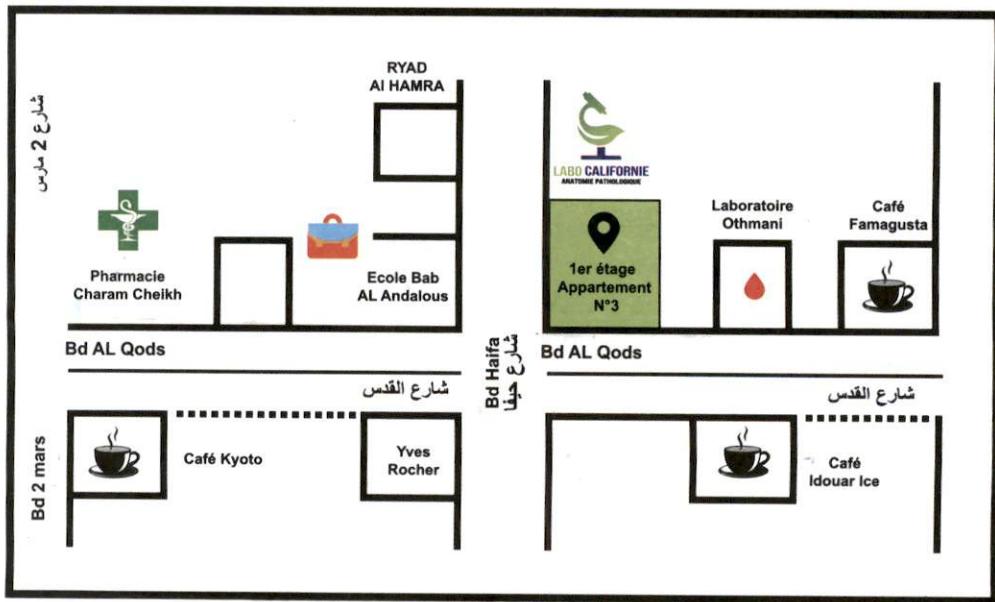
Dr Imane BELIAMIME Dr. ALAOUI KACIMI Omar  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie Chirurgien  
El Qods, Immeuble Riad El Qods GH2 N.I.N.P. 131,055,766  
1er étage, Appt N° 3 - Casablanca  
Tél: 05 22 50 86 27 - 07 01 49 49 27 - 07 01 49 82 27

شارع القدس إقامة رياض القدس GH2 الطلاق الأول الشقة رقم 3  
INPE: 09721590 Bd El Qods, Imm Riad EL Qods GH2, 1<sup>er</sup> étage Appartement N°3, Casablanca  
Tél: 07 01 49 49 27 / 07 11 04 82 27 Email : ibeliamime@labocalifornie.com  
WWW.labocalifornie.ma

06 30 34 88 08  
06 00 00 79 61 yanness

2409/R.P. Choue

يمكنكم الاتصال بنا هاتفياً لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



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

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1<sup>e</sup> 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

REÇU LE : 27/01/2023

EDITE LE : 07/02/2023



LABO CALIFORNIE  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

مختبر التشريح المرضي  
كاليفورنيا

د. إيمان بلياميم

طبيبة اختصاصية  
في التشريح المرضي

Dr Imane BELIAMIME  
Laboratoire d'Anatomie Pathologique GH2,  
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  
INPE: 091271890

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 graisseux 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 cytostéatonécrose, 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 graisseux.

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 California  
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  
INPE: 091271890  
شارع القدس، رقم 3، الطابق الأول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1<sup>er</sup> 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

# LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

## FACTURE

REF : FA23000353

LA

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 N° 3 Casablanca  
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27  
INPE: 091271890