

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- pec@mupras.com
- adhesion@mupras.com

des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Quartier de l'Horloge



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-471436

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2227 Société : A70816

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MIMOUNI Abderrahim

Date de naissance : 10/07/1957

Adresse : Habitué

Tél : 0562 371986 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAKKACH Soumia Age : 55

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

Nature de la maladie : X

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) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE PHOTODUPLICATIONS IDN KHALID is, Angle Bd Abdelmoumen et Abdou Dr. F. SEKKAT Dr. A. BRTEL	31/10/2023	PU5D	500 000

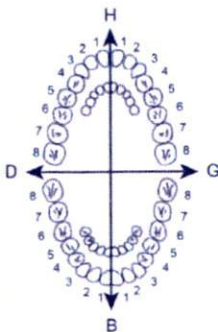
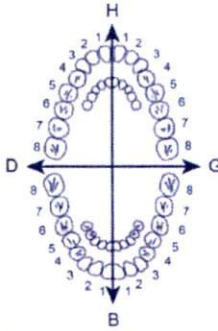
[illegible]

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.

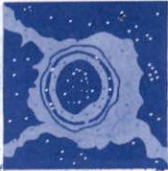
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 : Heryanani

Nom et prénom : NAKKACH Soumia MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

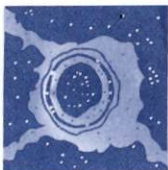
- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

[Signature]

Radiographies :

Date : 30/05/23 Signature :



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 41050

CASABLANCA LE : 31/05/2023

Analyses effectuées le: 31/05/2023

Pour.....: **Mme NAKKACH SOUMIA**

Sur prescription du: Dr HERJOUANI

Code.....: 33WZ5409



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

Montant Net : 500.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS Dhs 00 Cts

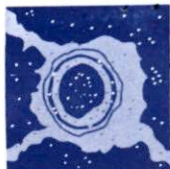
**LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL**

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.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 : NAKKACH SOUMIA

Docteur : HERJOUANI

Age : ans

Date de réception : 31/05/2023

Organisme : NC

Code Patient : 33WZ5409

Organe : Vésicule biliaire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Vésicule biliaire lithiasique.

Reçu au fond du flacon, des débris lithiasiques.

L'examen concerne une vésicule biliaire de 6,7 cm de long, ouverte et vidée, à paroi fibreuse souple et à relief muqueux conservé.

L'examen histologique des différents prélèvements effectués montre une paroi vésiculaire, à muqueuse d'aspect frangé, bordée d'un revêtement cylindrique, régulier, en regard duquel on note un chorion bien vascularisé, pénétré d'éléments mononucléés, des histiocytes spumeux et des polynucléaires neutrophiles avec une congestion vasculaire. Cette muqueuse renferme des glandes cryptiques tortueuses à revêtement régulier. La couche musculaire lisse est dissociée par des remaniements fibreux que l'on retrouve au niveau de la séreuse. Cette dernière renferme des structures vasculaires à paroi dystrophique et des filets nerveux hyperplasiques.

CONCLUSION : - Cholécystite en poussée aigue et congestive lithiasique.
 - Absence de spécificité ou de malignité sur ces prélèvements

Signé : Dr. F. SEKKAT

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