

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 063628

ND: 34153

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1453

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ChERKAOUI NEZHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

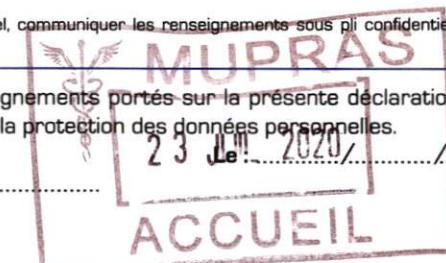
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-063628

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Déclaration de 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11453 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHERKAOUI NEZHA

Date de naissance : 03/08/61

Adresse : 12 Rue Smaïa, France

Tél. : 0662211211 Total des frais engagés : 6000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/2020

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection gynéologique

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 21/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : Muz



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
01/07/2020	(5)	.	300000	 Dr. LAYACHI Fouzia Gynécologue Obstétricienne 05/07/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IBN KHALDON 1 BIS, Angle Bd Abdelfoumen et Rue Ibn Khaldoun Dr. F. SEKKAT Dr. A. BRITEL	01/07/20	P270	300 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : CHERKAOUI NEZHA

Age : 59 ans

Organisme :

Organe : Col utérin.

Docteur : LAYACHI TAHIRI. F.

Date de réception : 01 / 07 / 2020

Code Patient : 03V6714

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : FCV de dépistage.

Le spot cellulaire examiné est constitué par une abondante population pavimenteuse de desquamation, essentiellement faite de cellules intermédiaires étalées ou profondes, mêlées à des cellules parabasales. Ces éléments sont à majorité éosinophiles, isolés ou groupés de façon peu jointive et montrent parfois quelques altérations d'allure dystrophique, à type de caryopinose avec une certaine hyperéosinophilie cytoplasmique.

A noter par ailleurs la présence de quelques amas de cellules jonctionnelles, remaniées, généralement matures, voire quelques éléments cylindriques, épars et dégénératifs.

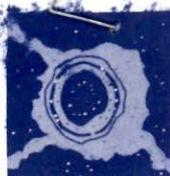
A noter la présence de très rares squames cornées annucléées.

Le fond renferme de nombreux noyaux nus, parfois quelque peu hypertrophiques sans densification chromatinienne avec quelques boules cyanophiles, voire de rares éléments leucocytaires.

CONCLUSION : - Frottis régressif, d'aspect préatrophique avec remaniements métaplasiques matures avec altérations cytonucléaires d'allure dystrophique.

- Absence de cellule néoplasique sur le matériel examiné.
- A contrôler ultérieurement.

Signé : Dr. A. BRITEL



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 13230

CASABLANCA LE : 01/07/2020

Analyses effectuées le: 01 / 07 / 2020

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

Pour.....: Mme CHERKAOUT NEZHA

Sur prescription du: Dr LAYACHI TAHIRI. F

Code.....: 03V6714



Organisme.....:

Montant Net : 300.00 **Dhs**

093003093

Arrêtée la présente facture à la somme de :

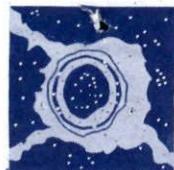
TROIS CENTS Dhs 00 Cts

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

0522.99.37.20/21 - 0522.99.37.86 - 0522.99.37.86 - 0522.99.37.86 - 0522.99.37.86 - 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 E., Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : CHERYLICIA WILSON MR MME MLLE ENF

Age: 59 as Neph

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie : **+++**

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endomètre
 - Date des dernières règles :
 - Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Deposition

Radiographies :



Date:

Signature:

* 44 99 R.P.

0522.99.37.86 - الفاكس : 0522.99.37.20/21 - زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 104
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél. : 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Adresse Email : laboratoire.ibnkhalidoun@gmail.com