

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

Données 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, parodontologie 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.

Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

Orthodontie :

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.

Prothèse :

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.

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° P19-0035622

35626

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8868

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUYI SAMIRA

Date de naissance : 02/08/1966

Adresse : JNANE CALIFORNIE N°007 SIEGE RAM

Tél. : 0661538403

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELYAZID Brahim
CHIRURGIEN
Abdelmoumen Center Bd. Abdelmoumen
ASA - Tél. : 05.22.86.30.10 / 86.30.11
GSM : 06.61.19.65.96

Date de consultation : 03/01/2020

Nom et prénom du malade : KHOUYI SAMIRA

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : cholestérol élevé

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]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/01/2020		1	1	 Dr. BELYAZID BRAHIM CHIRURGIE Abdelmoumen Center Bd. Abdelmoumen Abdelmoumen - Tel: 05.22.86.30.10 / 86.30.11 CASA - Tel: 05.61.19.65.96 GSM: 05.61.19.65.96

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

	03/01/2013	379,2 J
---	------------	---------

[illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

08/04/20	PLSD	500
----------	------	-----

Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL

[illegible]

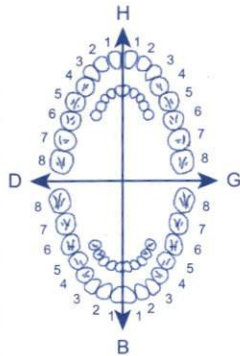
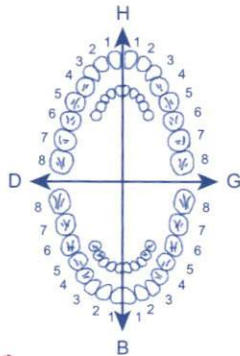
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

Dents Traitées

Nature des Soins	Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion
Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion	
Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion		
Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion			
Soins de rééducation	Soins de réinsertion				
Soins de réinsertion					

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
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
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



INTERNATIONAL
clinic

Date : 3 / 1 / 2020

Ordonnance

lethouyyi smir

LOT : 4061
U.T. AV : 07-21
P.P.V : 58 DH 30

58,30
11 Megafon 160

1 - 1 - 1

2 x BioToma

2 x la un

31 sedis 20

222,00
41 Amjw 15.V

329,32 - 31



TILMAN S.A. • Z.I. Sud 15 •
B-5377 Bailionville
• www.tilman.be

Importé et distribué par **ESNAPHARM** 7, rue
Abdelmajid Benjelloun - Maarif extension
Casablanca - Maroc

A consommer de préférence avant fin :

12/2021

18/13

72.80 DH

LOT 181763
EXP 08/2021
PPV 99.00DH

PPV: 222,00 DH
LOT 615287
ER: 11/20

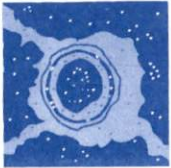


50897

102, 103 Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc - / Tél : +

Email : info@internationalclinic.ma - cont

Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

IF: 010 85 932

ICE : 0016 7641 1 0000 13

NOTE D'HONORAIRE

FACTURE : 12776

CASABLANCA LE : 09/01/2020

Analyses effectuées le: 03/01/2020

Pour.....: **Mme KHOUYYI SAMIRA**

Sur prescription du: Dr BELYAZID.B

Code.....: 02V5609



Organisme.....:

Montant Net : 500.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

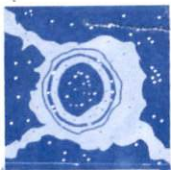
CINQ CENTS Dhs 00 Cts

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

093003093

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

Adresse Email : laboratoire.ibnkhaloudn@gmail.com



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur: *Dr. Belyazid*

Nom et prénom: *Khayati Samira*

MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age: *1966*

Référence:

Siège et nature du prélèvement: *Vaginal*

Cytologie:

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

- Date des dernières règles:

- Traitements éventuels:

Renseignements cliniques et paracliniques:

Cholestér

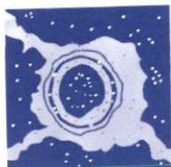
Radiographies:

Date: *03.1.2020*

Signature:

Dr. Belyazid

Dr. BELYAZID Branimir
CHIRURGIE
Abdelmoumen Centre M. Abdelmoumen
0522.99.37.20 / 86.30.1
0522.99.37.20 / 86.30.1



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F.

Dr. BRITEL A.

ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : KHOUYYI SAMIRA

Docteur : BELYAZID.B

Age : 53 ans

Date de réception : 03/01/2020

Organisme :

Code Patient : 02V5609

Organe : Vésicule biliaire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Cholécystite.

Vésicule biliaire de 8 cm de long, ouverte vidée, à paroi fibreuse souple et à relief muqueux conservé. L'examen histologique des différents prélèvements effectués montre une paroi vésiculaire, à muqueuse frangée bordée d'un revêtement cylindrique régulier, en regard duquel, on note un tissu conjonctif fibreux.

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 :
- Cholécytite chronique à lésion minime.
- Absence de spécificité ou de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F.SEKKAT

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