

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-579301

49647

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3325 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAHMOUNE MOSTAFA

Date de naissance : 25-10-1958

Adresse : Coop ECHABES H AL HONDA lot 72 BERRECHIDJ

Tél : 0661533593 Total des frais engagés : 5000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2020

Nom et prénom du malade : ABOURAGA KHADITA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : cholestérol

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 : CASABLANCA

Le : 15/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
15/10/2020		6		INP : 00000000 Dr. BELYACID Brahim CHIRURGIEN Abdeimoumen Center Rd. Abdeimoumen ALSA - Tél : 05 22 88 30 10 / 86 30 11 GSM : 06 81 18 64 96

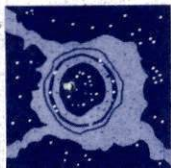
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRES RADIOLOGIQUES IBN KHALFON Dr. F. SEKKAT Dr. A. BRTEL 104 BIS, Angle de l'avenue de l'Indépendance et de l'avenue de la Liberté	15/10/2020	Surv.	500.00

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 : <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				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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.

## FACTURE

**FACTURE :** 2430

CASABLANCA LE : 15/10/2020

Analyses effectuées le: 15/10/2020

Pour.....: **Mme ABOURAGBA KHADIJA**

Sur prescription du: Dr BELYAZID.B

Code.....: 02W3608



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





15. 10. 2020

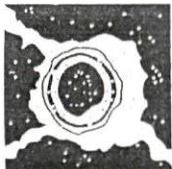
Abouragba Khadija

cholecystite aigue  
sous coelie

د. بنيزيد ابراهيم  
Dr. BELYAZID Brahim  
CHIRURGIEN  
Abdelmoumen Center Bd. Abdelmoumen  
CASA - Tél : 05 22 27 80 30 / 86 30 1  
GSM : 06 99 85 86  
Belyazid  
LABORATOIRE DE PATHOLOGIES  
IBN KHALDOUN  
Dr. F. SEKKAT  
Dr. A. BRITTEL  
104 BIS, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Cherifa

URGENCES 24H/24H





# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

**Dr. SEKKAT F.      Dr. BRITEL A.**  
**ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES**

Nom : ABOURAGBA KHADIJA

Docteur : BELYAZID.B

Age :      ans

Date de réception : 15/10/2020

Organisme :

Code Patient : 02W3608

Organe :      Vésicule biliaire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Cholécystite aigue sous coelio.

Reçu plusieurs calculs friables.

L'examen concerne une vésicule biliaire de 8,6 cm de long, , 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 chorion modérément fibreux, bien vascularisé, congestif, pénétré d'éléments mononucléés avec 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 lithiasique, à lésion minime et congestive.  
                             - 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