

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-430130

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12653 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HANSOUR Amal

Date de naissance : 26/02/1988

Adresse : Jnane Californie Imm Yacoub 2 Apt 3

Ain Chok Casablanca

Tél. : 0678729781 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/07/19

Nom et prénom du malade : EL BALKI JANE Age : 33

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

Nature de la maladie : DYSTONIE

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.

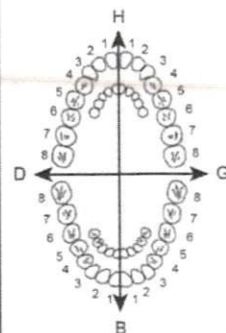
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 25/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the central axis. The central axis is labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'.

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I

Dr. Latifa BADRE - Pr Hicham EL ATTAR

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : PR ESSOUDGI, F

Nom et prénom : ELOUALI Imad MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 38 ans

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : Sein G - PSE

Cytologie :

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

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques :

Nodule 1 cm

PSE

ATCD = Nécrose

chirurgie

Radiographies : .....

Date : 23.7.19 Signature : [Signature]



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I<sup>er</sup>

Oncologie & Diagnostic du Maroc

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytopathologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 23/07/2019

Date de réponse : 24/07/2019

Sexe : F

Age : 32 ans

N° d'examen : 1907H0771

Nom et Prénom : Mme EL OUALI IMANE

Médecin traitant : Pr. ESSODEGUI

**Nature du prélèvement :** Biopsie mammaire.

**Renseignements cliniques :** Nodule Birads 4 du QSE du sein gauche - ATCD de néo de l'ovaire chez la mère.

## **COMPTE RENDU**

Le prélèvement examiné comporte sept fragments examinés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à du parenchyme mammaire, dont trois sont tumoraux occupés par une prolifération carcinomateuse infiltrante. Elle est faite de structures glanduliformes, de petits massifs et amas de cellules cohésives, à cytoplasme éosinophile, et à noyaux hyperchromes siègent d'atypies cytonucléaires modérées. L'index mitotique est modéré (6 à 8 mitoses /10 champ 40).  
Présence d'images d'emboles vasculaires.

**CONCLUSION :** - Carcinome mammaire infiltrant de type NOS de grade II SBR modifié (3+2+2).  
- Présence d'images d'emboles vasculaires.

Signé : Dr. L. BADRE

Dr. BADRE Latifa  
Anatomocytopathologiste  
86, Bd. Moulay Idriss 1er  
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 18 29  
ICE : 001633263000057  
CASABLANCA

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 23/07/2019

Nom & Prénom : EL OUALI IMANE

N° d'examen : **1907H0771**

Date réponse : 24/07/2019

## FACTURE N° 19/3794

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Biopsie mammaire.	B210	400,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
My IDRIS I<sup>er</sup>  
86.Bd. My Idriss 1er (Face à l'Ecole  
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher  
Tél: 0522.86 18 36 / 29 - Casablanca