

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
successifs comportant un ou plusieurs échelonnages  
sur une période de temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1594508

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHORRAIFI MINE  
Matricule : 6177 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : 88 Rue Krouy 109 CIL ESTADIA  
Tél. : 06 61 19 98 94 Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHORRAIFI Amina Age : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : Néphrologie  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A Casablanca le 19 / 08 / 2015 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois





## 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
19/08/2013	6		3.9	P. CHAMPREDON Dentiste 05 22 23 09 59

## 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
	19/08/13	228	3221/2

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



Dr. Zahra Benamour Biaz  
Anatomopathologiste

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi  
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Medecine de Paris

Diplômée de la Faculté de Medecine de Nancy

Nom et prénom : CHORAFI Amina Age : 33 ans

Ordonnance du Docteur : Dr. Mounzil

Référence anatomopathologique antérieure : .....

Siège et nature du prélèvement : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

FCV monocolu

\* Frottis de dépistage : \* Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Traitements éventuels :

Date : 08/08/2019  
30, Rue du Marché, Maarif  
0522 23 09 59  
Gyneco Obstétricienne  
Pr. C. MOUNZIL BENSLAMA

LABORATOIRE IBN SINA  
DE PATHOLOGIE  
Résidence Roudani - 400, Bd Brahim  
Roudani - Tél : 0522 23 08 76 - Fax :

Casablanca - Tél : 0522 23 09 59  
30, Rue du Marché, Maarif  
Gyneco Obstétricienne  
Signature :  
Pr. C. MOUNZIL BENSLAMA

400 Bd Brahim Roudani - 20330 Maârif - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67  
laboibnsina@hotmail.fr & anapatibnsina@iam.net.ma





# LABORATOIRE IBN SINA DE PATHOLOGIE

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca  
Tél.: 212 522 23 08 76 - Fax : 212 522 98 48 67

Casablanca , le 22/08/19

Date de Réception

19/08/19

CHORAIFI AMINA

ICE :

## Facture n° : 20192817

Cotation

Nature du Prélèvement

Montant Net

P290

FCV ML

320,00

NET A PAYER

320,00

Signé:   
LABORATOIRE IBN SINA  
DE PATHOLOGIE  
Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim  
Roudani - Tél: 0522 23 08 76 - Cas





# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz  
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi  
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

**Compte rendu du : 26/08/19**

**Réf. : CZ1839I**

**Mme CHORAIFI AMINA**

**Adressé(e) par : Pr MOUNZIL**

**Reçu le : 19/08/19**

**Age : 53 ans**

**Nature du prélèvement : Frottis du col utérin en milieu liquide**

**Renseignements cliniques :**

Ce frottis est parvenu fixé en milieu liquide, il est techniqué en couche mince.

La desquamation épithéliale est riche. Elle est composée de cellules malpighiennes, à majorité intermédiaire, il s'y associe des cellules parabasales. Ces éléments sont cyanophiles, ils sont isolés ou groupés en amas. On note une hypertrophie nucléaire d'allure réactionnelle sans caractère atypique.

Ce frottis englobe des cellules cylindriques endocervicales d'aspect parfois hyperplasiques et irritées.

Le fond comporte des nids ou nappes de polynucléaires neutrophiles mêlés à des histiocytes et à des débris d'hématies. La flore bacillaire est riche.

**CONCLUSION** : Il s'agit d'un frottis très inflammatoire comportant de nombreux coccobacilles.  
Présence d'altérations cellulaires d'allure réactionnelle.  
Un contrôle cytologique dans six mois est souhaitable.

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

Dr Zahra BENAMOUR BIAZ  
Anatomopathologiste

LABORATOIRE IBN SINA  
DE PATHOLOGIE  
Société Koudali - 401 - Antim  
S.A.