

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, 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-543575

NO - 31764

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5037

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BELFADLA Abderrahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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)
- SY = 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 kinsithérapeute
- 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.

Ce 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
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

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

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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 911744

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BELFADLA ABDEENAH
Matricule : 5037 Fonction : CON Poste : DOA
Adresse : CASA
Tél. : 0661165395 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BELFADLA Zahra Age : 19
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Métiologie
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Manakeh le 03/02/20
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. SIMONE SANTIAGO Jocelyne
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE
Résidence Othmane
Av. Younes Ben Tachfine
4000 Marrakech Tél 024 42 35 12

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 5037 911744
Nom du patient : CHAHED ZAHRA
Date de dépôt :
Montant engagé : 1188,30
Nombre de pièces jointes :




MUPRAS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
03/02/20	U		200	

Dr. F. MOHSSINE-SANTAGO
Généraliste - OBSTETRIQUE
Résidence Ouhmane
Ay. Youssef Ben Tachfine
Aix-Marrakech - Tél. 024 42 35 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. F. MOHSSINE-SANTAGO Pharmacie Assada Ben Allal Douar Ben Allal Commune SAADA-Marrakech	03/02/20	38,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire ZOHOR EL HADRA EL KOBRA Anatomie et Cytologie pathologiques 02 24 43 31 54	04/02/20	P230 221026534 nanagyle chamane	250,00DH 209,00DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

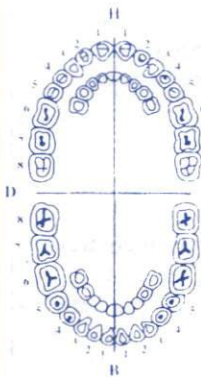
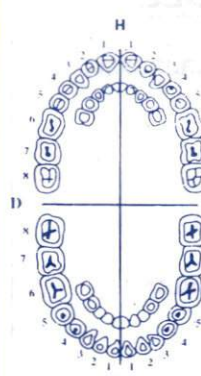
VOLET ADHERENT

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

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 canala 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></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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



FACTURE N° 2261/2020

Le 04/02/2020

NOM ET PRENOM : Mme BEL FADLA ZAHRA

REF. DOSSIER : F20020009

DATE EXAMEN : 04/02/2020

COEFFICIENT : P230

TOTAL PAYE : 250,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Deux Cents Cinquante Dhs

LABORATOIRE ZOHOR EL HADIKHA EL KOBRA
Anatomie et Cytologie pathologiques
مختبر زهور الحديقة الكبرى
للتشريح المرضي
Tél 05 24 43 31 54

SIGNE

Docteur EL MOHSSINE SANTIAGO JOCELYNE

GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN

Ancien Chef de Service des hôpitaux Français

Accouchement - Echographie Gynécologique et Obstétricale

Echographie Générale - Colposcopie

Stérilité - Coelioscopie

الدكتورة المحسن سانتياكو جوسلين

التوليد وأمراض النساء

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض الثدي والعقم

الفحص الباطني بالمنظار

Marrakech, le 03/02/20 في مراكش

Mme Belfadla Zahra.

Polygynax.

1 le soir 6 jours



38.30 Dans 3 semaines RV de
colposcopie.

38.30

Dr. EL MOHSSINE-SANTIAGO Jocelyne
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN
Résidence Oumane
Avenue Youssef Ben Tachfine
40 000 Marrakech. Tél. 044 42 36 12

صيدلية المساعدة بن علا
دوار بن عبد قسادة مسادة مراكش
Dr. FARGOUCHE Abdelmalek
Pharmacie Assada Ben ALLAL
Douar Ben Allal Commune SAADA-Marrakech

شارع يوسف بن تاشفين إقامة عثمان الشقة مرقع 6 (أمام ثانوية فيكتور هيو بجانب مصرف المغرب) مراكش - الهاتف: 05 24 42 36 12
Avenue Youssef Ben Tachfine - Route de targa - Résidence Oumane - Appt. N°6 (En face du Lycée Victor Hugo - à Côté du Crédit du Maroc) Tél. : 05 24 42 36 12
في حالة الطوارئ: مصحة الجنوب - مصحة ابن طفيل - مصحة الأمومة ومصحة الأطلس الكبرى
En cas d'urgence : Clinique du sud - Ibn Tofail - Clinique Al ourouma et clinique grand Atlas

Docteur EL MOHSSINE SANTIAGO JOCELYNE

GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN

Ancien Chef de Service des hôpitaux Français

Accouchement - Echographie Gynécologique et Obstétricale

Echographie Générale - Colposcopie

Sérilité - Coelioscopie

الدكتورة المحسن سانتياكو جوسلين

التوليد وأمراض النساء

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض الثدي والعقم

الفحص الباطني بالمنظار

Marrakech, le 03/02/90 مراكش، في

Mme Belfadla Zohra

Mammographie + Echographie

Dr EL MOHSSINE-SANTIAGO Jocelyne
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN
Résidence Othmane
Apt. N°6 Ben Tachfine
40 000 Marrakech, Tél. 044 42 36 12

6 capsules vaginales

POLYGYNAX®

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

MAPHAR

POLYGYNAX 6 capsules vaginales

Km 10, route Côtière 111 - Quartier industriel, Zenata

Ain Sebâa Maroc

P.P.V. : 38DH30



Composition

Sulfate de néomycine 35 000 UI

Sulfate de polymyxine B 35 000 UI

Nystatine 100 000 UI

Excipients : Monopalmistéarate d'éthylène glycol
et palmistéarate de macrogol 300 et 1500 (Térose® 63),
huile de soja hydrogénée, diméticone 1000, gélatine, glycérol.
Pour une capsule vaginale de 3180 mg.

Liste des excipients à effet notoire :

Huile de soja hydrogénée.

Forme pharmaceutique : capsule vaginale.

Indications thérapeutiques :

traitement local des infections vaginales.

Mode et voie d'administration : voie vaginale.

Tenir hors de la portée

et de la vue des enfants

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Précautions particulières

de conservation

À conserver à une température

ne dépassant pas 25°C.

Laboratoire INNOTECH INTERNATIONAL

Importé sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata, Ain sebâa

MAROC

Rachid LAMRINI,

Pharmacien Responsable



04/02/2020

Nom et Prénom : CHAHID ZAHRA
Age : 50 ans
Médecin Traitant : Dr. EL MOHSSINE SANTIAGO JOCELYNE

MAMMOGRAPHIE BILATERALE

RESULTATS :

- Seins clairs en involution graisseuse avec persistance de quelques foyers fibro-glandulaires rétro mamelonnaires et au niveau des QSE de plage homogène sans opacité irrégulière, ni distorsion de l'architecture mammaire ou foyer de microcalcifications suspectes décelables.
- Liseré graisseux clair sous cutané libre.
- Intégrité du revêtement cutané et aréolo-mamelon aire.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE BILATERALE

RESULTATS :

- Absence de nodule tissulaire ni kystique écho décelable.
- Absence d'ADP axillaires significatif

CONCLUSION :

± ACR2

Classification des anomalies d'après l'American Collège of Radiology

ACR1 : Mammographie normale

ACR2 : Aspect bénin

ACR3 : Aspect probablement bénin

ACR4 : Suspect

ACR5 : Malin

Merci de votre confiance

CONFRATERNELLEMENT

Pr .Ass. T.ZIOUA

Pr. T. ZIOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hopitaux de France
Ancien Radiologue des Hopitaux des FAR
RES. KOUTOUBIA II - AV. MOHAMMED VI - MARRAKECH
TEL : 05 24 43 42 42 / Fax : 05 24 43 5 885
(2)



Reçu le : 04/02/2020

Répondu le: 06/02/2020

Siège Prélèv.: COL

R.C. 50 ans. FCV.

Patient : Mme BEL FADLA ZAHRA

Médecin : DR EL MOHSSINE

Réf. : F20020009

COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Matériel examiné :

Deux lames étalées et fixées sont reçues. Elles ont été techniquées selon la méthode cytologique de frottis conventionnel.

Qualité du frottis :

Satisfaisante.

Classe du frottis selon le système de BETHESDA :

Présence de cellules atypiques épithéliales de signification indéterminée (Ascus).

Cytologie descriptive :

Ce frottis est constitué de cellules intermédiaires et superficielles, avec présence de cellules jonctionnelles de type glandulaire. Le fond est très riche en polynucléaires neutrophiles avec amas de germes. Elles sont mêlées à quelques cellules dyskératosiques à cytoplasme éosinophile et à noyau hyperchromatique avec de rares cellules métaplasiques atypiques.

CONCLUSION

Frottis trop inflammatoire avec bactériose et présence de rares cellules métaplasiques atypiques (Ascus).

Dr HAMDAOUI

الدكتور حمدوي عبد الرشيد
Dr. HAMDAOUI Abderrachid
Anatomocytologiste



DEMANDE D'EXAMENS CYTOLOGIQUES ET HISTOPATHOLOGIQUES

- De la part du DR. : EL MOHSSINE N/Réf. : F2002009

- Mr, Mme, Melle, Enft : BEL FADLA Zahra

- Age : 1970 Date du prélèvement : 03/02/20 Date de réception :

- Domicile principal (Ville) : Tél. :

HISTOLOGIE : BIOPSIE : ☐ - PIECE OPERATOIRE : ☐

- Siège du Prélèvement :

- Nombre de Prélèvements :

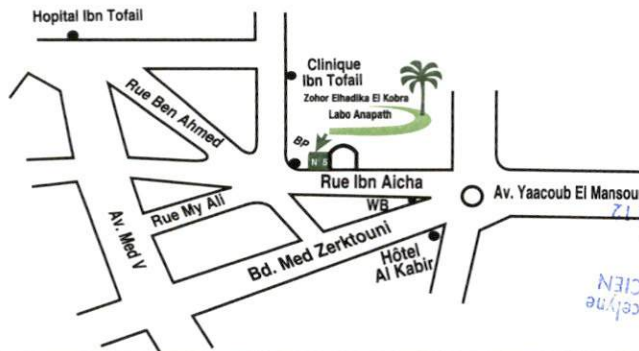
CYTOLOGIE :

- FCV Conversionnel ☒ Couche - mine ☐

* Autre cytologies : Sein ☐ , Ascite ☐ Plevre ☐ , Autres

TYPE D'OPÉRATION :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES



QUESTIONS :

EXAMEN ANT(Réf) :

Cachet et Signature

DR EL MOHSSINE
GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN
RÉSIDENT
Av. Yaacoub El Mansour
4000 Marrakech
Tél : 024 42 35 12

CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO

Rés koutoubia B 4 Av Mohammed VI - Marrakech
Tél. 05 24 43 42 42/ Fax 05 24 43 58 85

021076534



F A C T U R E

N° 493 / 2020 du 04/02/2020

Nom patient : CHAHID EP. BEL FADLA ZAHRA

Entrée 04/02/2020

Prise en charge : PAYANT

Sortie 04/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
MAMMOGRAPHIE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
Total Frais Clinique				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENTS DIRHAMS

Total 700,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	700,00				700,00	0,00

Pr. Toufik ZFOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien des Hopitaux de France
ancien Radiologue des Hopitaux des FAR
R865, KOUTOUBIA - 9 AV MOHAMMED VI - MARRAKECH
Tél. 05 24 43 42 42 / Fax 05 24 43 58 85
(2)