

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-509941

ND: 35610

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10298 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUB BOUAZZA

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : Hay Lamin BC 14 waf case

Tél. : Total des frais engagés : 1100.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/2019

Nom et prénom du malade : El Ouey S. S. Age :

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

Nature de la maladie : SDP méchancité

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 : / /

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
25-07-2010			PEC	INF : 

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

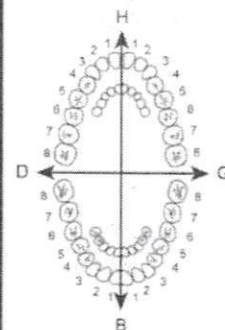
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/07/20		11000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

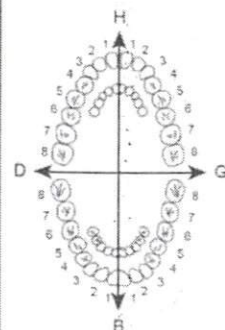
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS 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



CENTRE DE PATHOLOGIE  
IBN ZOHR

# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Dr. Hind ALATAWNA

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : .....

Nom et prénom : El Oualy Archa Mr ☐ Mme ☒ Mlle ☐ ENF ☐

Age : 57 ans

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : Brachies

Cytologie :

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

- Date des dernières règles : ADP médiocrinale

- Traitements éventuels : Brachies, Inflammation 20

Renseignements cliniques et paracliniques : cyte effusé

Epaissie l des épaves

B, 2 Biopsies bronchiques à loger

à gauche

Radiographies : B2 = = = à gauche

B3 Carte

(4) cyto agnésie

Date : ..... Signature : .....

Dr. Hind ALATAWNA

Anatomo-Cyto-Pathologiste

Centre de Pathologie Ibn Zohr

17 Louvre center n° 1 Angle

Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalej Casa

Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N° 1 - Casablanca

Tél : 05 22 23 37 50 - Fax : 05 22 23 39 50 - E-mail : patho.ibnzohr@gmail.com

ICE : 001864938000053

RECU LE : 23/07/2020

EDITE LE : 25/07/2020

NOM & PRENOM : EL OUAFI AICHA

PRESCRIPTEUR : DR BENJELLOUN

Age : 57 ANS

N/REF : H00723459

**Nature du prélèvement :** Biopsies bronchiques + Cytodiagnostic

**Renseignements cliniques :** ADP médiastinales  
Broncho : inflammation 2ème degré diffuse + Epaissement  
des éperons

### COMPTE RENDU

Reçu 3 flacons biopsies bronchiques et cytodiagnostic :

B1-Biopsies bronchiques étagées à droite :

Reçu 5 fragments biopsiques mesurant 0,1cm chacun. Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés.

L'examen histologique montre une muqueuse bronchique à revêtement de surface pseudostratifié cilié régulier. Le chorion est fibreux siège de granulomes épithélio-giganto-cellulaires de taille variable, sans nécrose caséuse.

B2-Biopsies bronchiques étagées à gauche :

Reçu 6 fragments biopsiques mesurant 0,1cm chacun. Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés.

L'examen histologique montre une muqueuse bronchique siège de granulomes épithélio-giganto-cellulaires de taille variable, sans nécrose caséuse.

B3-Carène :

Reçu 2 fragments biopsiques mesurant 0,1cm chacun. Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés. L'examen histologique montre une muqueuse bronchique de type respiratoire, pseudostratifiée, cylindrique ciliée, de morphologie régulière, reposant sur un chorion fibreux, siège d'un infiltrat inflammatoire mononuclée lympho-plasmocytaire.

Absence de néoplasie.

RECU LE : 23/07/2020  
EDITE LE : 25/07/2020

NOM & PRENOM : EL OUAFI AICHA  
PRESCRIPTEUR : DR BENJELLOUN  
Age : 57 ANS  
N/REF : H00723459

-Cytodiagnostic :

Il comporte un liquide de 25ml, d'aspect hématique.

L'analyse cytologique du liquide après centrifugation et étalement sur deux lames montre sur un fond discrètement hématique, la présence de nombreux polynucléaires neutrophiles et d'histiocytes spumeux. Présence de cellules bronchiques régulières.

Absence de cellules néoplasiques.

### CONCLUSION :

B1- Biopsies bronchiques étagées à droite : Bronchite granulomateuse tuberculoïde sans nécrose caséuse (sarcoïdose? Tuberculose?).

B2-Biopsies bronchiques étagées à gauche : Bronchite granulomateuse tuberculoïde sans nécrose caséuse (sarcoïdose? Tuberculose?).

B3-Carène : Muqueuse bronchique siège de remaniements inflammatoires chroniques minimes à modérés, non spécifiques.

Absence de malignité dans la limite de ces prélèvements biopsiques.

-Cytodiagnostic : Liquide inflammatoire polymorphe.

Absence de cellules néoplasiques.

A confronter aux données para-cliniques +++

2/1

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre Center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleej Casa  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casablanca le 23/07/2020

FACTURE 20/1699

NOM ET PRENOM : EL OUAFI AICHA

Référence : H00723459

Nature du prélèvement : Biopsies bronchiques + Cytodiagnostic

Date du prélèvement : 23/07/2020

Montant de : 1100 dhs.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cent dirhams.

Signé

  
Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre centre n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleej Casa  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 37 50

Patente N° 34708372

ICE :001864938000053

INPE :091151944