

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-485490

ND 37541

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : RAR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance : 27-04-1953

Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca

Tél : 0661632379 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Mostafa DETSOUL  
Otorhino - Laryngologie  
120, Bd. Moulay Idriss 1er  
Tél: 022 86.31.31

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Seffar Ned Rachid

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

Nature de la maladie : RSPBIE amygdal

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 11/5/2020

## 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.



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
28/02/2016	S		21	<p>INPE</p> <p>INP : 091157057</p> <p>Professeur Mostafa DETSOUL</p> <p>Otorhino - Laryngologie</p> <p>Bd. Moulay Idriss</p> <p>022 86 71 2</p>

Professeur Mostafa DETSOUL  
Otorhino - Laryngologie  
120, Bd. Moulay Idriss 1er  
Alger - Tél: 022 86 71 7

[illegible][illegible]

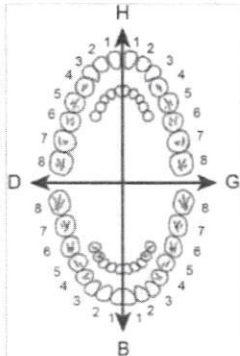
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

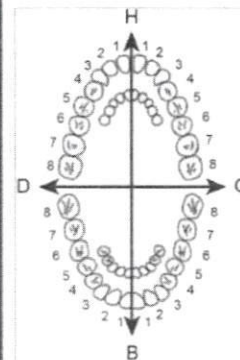
## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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"/>															
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
H																			
25533412		21433552																	
00000000		00000000																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]



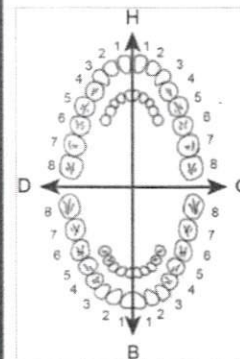
FIN  
D'EXECUTION

H

D	00000000	00000000	C
	35533411	11433553	

B

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



**Dr. Amal BENKIRANE**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA**

**CASAPATH**

**Dr. Lamia JABRI**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

**DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE**

De la part du Dr : DETSOULI MUSTAPHA

Nom et prénom du patient : .....

Né le : 27/04/1953



CJ020B28075226

Age : ..... Sexe : 91

Date de prélèvement : 28/02/2020

M. SEFFAR MOHAMMED R

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

① biopsie base larynx D

② biopsie filin amygdale  
glose D

Organe prélevé : meta gl larynx epiglottis

Nature de l'acte réalisé : .....

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non

Réf : .....

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol

Date des dernières règles : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : .....

Signature & Cachet





# CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

## FACTURE

REF : 20/1723

Casablanca, le 02/03/2020

Date de facturation	02 / 03 / 2020
Médecin traitant	PR DETSOULI
Patient	SEFFAR MOHAMED - 058714
Demande	<b>E00228035 - 28/02/2020</b>

### Liste des examens

<b>A Payer</b>	1 500,00	Dhs
<b>coefficient-P</b>	1364	

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

CENTRE DE PATHOLOGIE  
Spécialisée "Casablanca"  
6, Rue des Hôpitaux Résidence  
du Parc 1er étage - 1 - Casablanca  
Tél: 0522 22 13 46/66 Fax: 05 22 22 14 24



RECU LE : 28/02/2020

EDITE LE : 02/03/2020

NOM & PRENOM : SEFFAR MOHAMED

PRESCRIPTEUR : PR DETSOULI

AGE : 67 ans

Code Patient : 058714

N/REF : 00228035

ORGANE : BASE DE LANGUE - SILLON AMYGDALIEN

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Biopsie de la base de langue droit - biopsie du sillon amygdalien - métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde.

**COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE**

**EXAMEN EXTEMPORANE:**

- **BASE DE LANGUE** : quatre fragments biopsiques de 0,5 à 1 cm.

- **SILLON AMYGDALIEN** : deux fragments biopsiques de 0,2 et 0,3 cm.

**Réponse communiquée au téléphone: carcinome épidermoïde invasif de la base de langue. remaniements inflammatoires chroniques ulcérés du sillon amygdalien.**

**EXAMEN APRES INCLUSION EN PARAFFINE:**

- **BASE DE LANGUE**: il s'agit histologiquement d'une muqueuse malpighienne siège d'une prolifération carcinomateuse malpighienne agencée en massifs et amas infiltrants entourés d'une stroma réaction inflammatoire modérée sans emboles vasculaires. les cellules tumorales sont polyédriques modérément atypiques et riches en mitoses anormales. Il existe des foyers de kératinisation.

- **SILLON AMYGDALIEN**: il s'agit histologiquement d'une muqueuse malpighienne à revêtement de surface régulier hyperplasique ulcéré par places parakératosique. Le chorion est lymphoïde diffus et inflammatoire modéré et polymorphe.

**CONCLUSION:**

- **BASE DE LANGUE**: carcinome épidermoïde différencié et invasif. Absence d'emboles vasculaires sur ce prélèvement. L'étude de la P16 est recommandé.

- **SILLON AMYGDALIEN**: remaniements inflammatoires chroniques modérés avec hyperplasie lymphoïde sans spécificité. Absence d'infiltration tumorale.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

**Pr. Amal BENKIRANE**  
Anatomopathologiste  
Centre de Pathologie Casapath  
6, Rue des Hôpitaux Rés. du Parc  
Casablanca  
Tél.: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24