

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.

Biologie 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

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° P19- 062685

KID: 41661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11879

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BESSASRA ASSIA

Date de naissance : 24/01/1977

Adresse : Rue Chouib Doukkali Résidence Lina
Apt 5 Kenitra

Tél : 0661212119

Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : BESSASRA ASSIA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Polymyosite

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 : 10/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09.09.2020 | C2 | | 64 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 19/09/20 | 2636-254 | 1300,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | 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



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 : 14/09/2020

Réf. : GW1770K

BESSARRA ASSIA

Adressé(e) par : Dr MEKOUAR O.

Reçu le : 10/09/2020

Age : 33 ans

Nature du prélèvement : Kyste de l'ovaire + Fibrome utérin

Renseignements cliniques :

I-Kyste de l'ovaire gauche :

Il s'agit d'une paroi kystique, parvenue ouverte et vidée, de 6,5cm/3,5cm pesant 5g. Cette paroi est très fine et ne dépasse pas 2mm d'épaisseur.

Il n'est pas observé de végétation ni exo ni endokystique.

L'étude histologique montre une paroi fibreuse, déspecifiée. Par places, on reconnaît quelques cellules lutéales dystrophiques.

Il n'est pas observé d'atypie.

Le tissu ovarien est refoulé.

CONCLUSION : L'aspect ici observé réalise un kyste largement déspecifié, compatible avec un kyste dystrophique.
Il n'est pas observé de signe histologique de malignité.

II-Fibromes utérins :

Il s'agit d'un matériel de morcèlement pesant 55g, comportant dix fragments dont les plus volumineux mesurent entre 5cm et 6,5cm de long et 1,5cm à 3cm de diamètre. Les autres mesurent entre 1,2cm et 3cm. Ils sont blanchâtres et comportent par places, de discrets remaniements hémorragiques. On retrouve à côté, deux myomes de 0,6cm de grand diamètre et 2cm/1,5cm/1,3cm.

L'aspect histologique est sensiblement similaire sur les différents prélèvements. Ils correspondent à une prolifération fibroléiomyomateuse fasciculée. Les cellules fibroblastiques et musculaires lisses paraissent dotées de noyaux réguliers, sans atypie ni activité mitotique notable.

On des secteurs pseudo-hémangio-péricytaire.

Il existe des remaniements fibro-hyalins.

Il n'est pas observé de nécrose tumorale.

CONCLUSION : Aspect de fibroléiomyome utérin.
Il n'est pas observé de signe histologique de malignité.

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA
Région de la Méditerranée - 400, Bd. Roudani
Dr Zahra BENAMOUR BIAZ
Anatomopathologiste

IBN SINA GESTION

400 Bd Brahim Roudani -Casablanca
Tél/Fax : 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67

Casablanca , le 10/09/20

Date de Réception

10/09/20

BESSARRA ASSIA

ICE :

Facture n° : 20202568

Cotation

Nature du Prélèvement

Montant Net

P636+P545

K.O.G + Fibrome utérin

1 300,00

NET A PAYER

1 300,00

Signé :

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE
Résidence Roudani - 400, Bd Brahim
Roudani - Tél : 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA



Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

W 1770K
Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Nom et prénom : Reggane Aggar Age : 33

Ordonnance du Docteur : OMAR MAROUAN

Référence anatomopathologique antérieure : _____

Siège et nature du prélèvement : utérus ovaires fœtus

Renseignements cliniques et paracliniques : _____

Kyste de l'ovaire
fœtus
Fibrose utérin

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

- Date des dernières règles : _____

- Parité : 0

- Traitements éventuels : _____

Date : 9/9/2020

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

Signature : [Signature]
Dr. Omar M. EL AMAR
Chirurgien Gynécologue
Obstétricien
022.23.55.83 - Fax 022.23.50.54

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