

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° 53379

N° W19-410552

complément

788163

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHADIT Abdelpham

Date de naissance : 15 07 1963

Adresse : 56 KAY TESSAOUA 218

Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 25000 Dhs

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'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 : / Le : 28 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : /

### 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



feuille de soins par personne et  
ent.

le soins doit être accompagnée de  
pièces justificatives originales  
ces médicales, factures, résultats  
s de radiologie et/ou de laboratoire).

prénom de la personne soignée  
portés par les praticiens eux mêmes  
feuille de soins.

ectus et les PPM concernant les  
nts achetés doivent être joints aux  
es transmises.

de soins ainsi que les pièces  
es doivent être présentées à votre  
dans les deux mois qui suivent le  
te médical, sauf s'il y a traitement  
ntinu. Dans ce dernier cas, le dossier  
présenté dans les soixante (60) jours  
t la fin du traitement.

urissement des frais engagés sera  
r la base de la tarification nationale  
ce.

s liés aux accidents du travail et  
ofessionnelles ne sont pas couverts.

onne coupable de fraude ou de fausse  
pour obtenir des prestations qui  
s dues, est passible des sanctions  
réglementaires.

on de remboursement prise par la  
st subordonnée au respect des  
réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل  
حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية  
(وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو  
المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من  
طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية  
المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى  
التعاضدية التي تنتمون إليها في  
ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما  
عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،  
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما)  
من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة  
الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض  
المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة  
من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر  
القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات  
الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية  
وكل ما سبق ذكره.

CNOPS

Feuille de soins Maladie

Assurance maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : .....

EL YATIME HOUDA

N° Affiliation : .....

343334

N° Immatriculation : .....

432 82 4379

N° CIN : .....

BH317481

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : .....

56, WAZI Demandria Rue 18C 1A  
CASA

Montant des frais (Dhs) : .....

2500,00

Nombre de pièces jointes : .....

10

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : .....

EL YATIME Houda

Date de naissance : .....

20 09 1977

N° CIN : .....

BH317481

Sexe\* :

M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

0910 60557

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* :

Oui

Non

تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المرتقب للولادة :

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Date d'hospitalisation :

تاريخ الإستشفاء :

Date d'accident :

تاريخ الحادث :

Accident \*

حادث \*

Causes :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : .....

le : 08/12/2020

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : .....

le : 30/11/2020

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

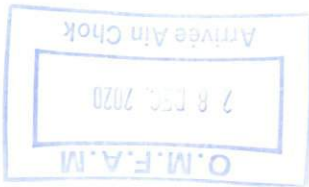
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية



Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع : .....





**CLINIQUE LES FLEURS**  
ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE  
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA  
Tél.05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

**COMPTE-RENDU OPERATOIRE**

Patient **Mme EL YATIME HOUDA**

Chirurgien **DR. BENAABOUD ILHAM**

Anesthésiste **DR. EL OFIR MOHAMED**

Nature de l'intervention **GROSSESSE ARRETEE**

Date intervention **30/11/2020**

Type d'anesthési **SEDATION**

*Dilatation cervical*

*Aspiration ramenant plusieurs débris ovulaires*

*Contrôle par curette mousse*

*Bonne évacuât utérine et bonne hémostase*

*Toilette à la Bétadine*

*Suites simples*

Dr. Ilham BENAABOUD  
GYNÉCOLOGUE - CHIRURGIEN  
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA  
Tél. 05 22 22 09 90 - Fax 05 22 29 94 47

**CLINIQUE LES FLEURS**

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERAL

16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA

Tél.05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

Casablanca

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>EL YATIME HOUDA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>BENAABOUD ILHAM</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>30/11/2020</b>	
Date sortie	<b>30/11/2020</b>	<b>17:23</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : LACHHAB 10/12/2020 12:50 20L011144		

**CLINIQUE LES FLEURS**  
Accouchement Chirurgie  
16, Rue des Hôpitaux  
Tél. : 05 22 22 26 16/22 09 90  
Fax : 05 22 29 94 47 - Casa

**CLINIQUE LES FLEURS****NOTE D'HONORAIRES****Le : 30/11/2020****Références** 2 550 / 201210125002027022

PAYANT

**Entrée / Sortie : 30/11/2020 - 30/11/2020****Le Dr. BENAABOUD ILHAM****présente à Mme EL YATIME HOUDA****sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
675,00 Dhs****et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués***Espèces**Cachet et signature*

Dr. Ilham BENAABOUD  
Généraliste  
30/11/2020

**CLINIQUE LES FLEURS****NOTE D'HONORAIRES****Le : 30/11/2020****Références** 2 550 / 201210125002027023

PAYANT

**Entrée / Sortie : 30/11/2020 - 30/11/2020****Le Dr. EL OFIR MOHAMED****présente à Mme EL YATIME HOUDA****sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
300,00 Dhs****et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués***Espèces**Cachet et signature*

Dr. ELOFIR Mohamed  
Anesthésiste



## CLINIQUE LES FLEURS

ACCOUCHEMENT - GYNECOLOGIE - CHIRURGIE GENERALE  
16, RUE DES HÔPITAUX - 20360 CASABLANCA  
Tél. 05 22 22 09 90 Fax : 05 22 29 94 47

### F A C T U R E

N° 2 550 / 2020 du 30/11/2020

Nom patient	EL YATIME HOUDA	Entrée 30/11/2020	Sortie 30/11/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		975,00	975,00
			Sous-Total	975,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>975,00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. BENAABOUD ILHAM (gynecologue)	1,00		675,00	675,00
DR. EL OFIR MOHAMED (anesthésiste)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	975,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>975,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 950,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	<b>Espèces</b> 1 950,00			<b>Total encaissé</b> 1 950,00	<b>Solde</b> 0,00
---------------	----------------------------	--	--	-----------------------------------	----------------------

CLINIQUE LES FLEURS  
Accouchement Chirurgie  
16, Rue des Hôpitaux  
Tél. : 05 22 22 09 90  
Fax : 05 22 29 94 47 - Casa

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 30/11/2020

Nom & Prénom : EL YATIME HOUDA

N° d'examen : 2011H0632

Date réponse : 08/12/2020

## FACTURE N° 20/7667

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Produit de grossesse arrêtée.	B280	550,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de Cinq cent cinquante Dirhams**

**Mode règlement : Espèce**

Signé : **Dr L. BADRE**



**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytopathologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 30/11/2020

Date de réponse : 08/12/2020

Sexe :

F

Age :

43 ans

N° d'examen : 2011H0632

Nom et Prénom : Mme EL YATIME HOUDA

Médecin traitant : Dr. BENAABOUD

**Nature du prélèvement :** Produit de grossesse arrêtée.

**Renseignements cliniques :**

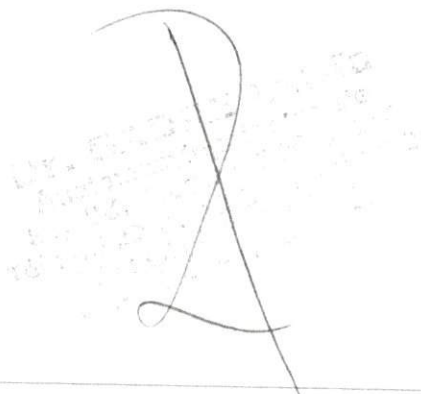
## **COMPTE RENDU**

Le prélèvement examiné comporte du matériel brunâtre pesant 30grs, inclus en totalité.

Histologiquement, les prélèvements effectués montrent des villosités placentaires de taille variable, à axe œdémateux ou fibreux vascularisé. Elles sont bordées d'une couronne cytotrophoblastique aplatie, rarement modérément hyperplasique et rarement vacuolisée. Présence également de lambeaux de caduque en nécrose ischémique.

**CONCLUSION :** - Oeuf de grossesse arrêtée environs vers la 6 ème - 7eme semaine gestationnelle.  
- Absence de processus lésionnel histologique spécifique.

Signé : Dr. L. BADRE



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



CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA

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

# CASAPATH

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : .....

Nom et prénom du patient : DEL YATINE Hajar

Age: 18+2 Sexe: .....

Date de prélèvement : 12/11/2022

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Organe prélevé : .....

Nature de l'acte réalisé : .....

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol : ☐

Date des dernière règles : ..... Parité : .....

Thérapeutique antérieure ou en cours : .....

Signature & Cachet

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1<sup>er</sup> étage 20360 Casablanca, Maroc  
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24 - E-mail : [labocasapath@gmail.com](mailto:labocasapath@gmail.com)