

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
TIVER 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.

**Éducation :**  
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.

**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° M20- 0000198  
*55527*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
Matricule : *1198* Société : *RAM*  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : *Benyarrachide (VEL)*  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : *06 19 86 96 27* Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
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 :  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**VOLET ADHERENT**

**Déclaration de maladie N° M20-00198**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).  
Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



## 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° W19-561404

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1198 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENAJAR RACHIDA (Veuve RAHMI AHMED)  
 Date de naissance : 26/3/1958  
 Adresse : LOT N° 1191 TARGA MARRAKECH  
 Tél. : 06 19 86 96 27 Total des frais engagés : 900 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 : / /

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
10/12/2020		CS	Cte	INP : Pr. Mohammed EL AMID Professeur de Chirurgie Maxillo-faciale Clinique Les Ambassadeurs Tél: 0661 99 15 00 0661 37 25 63 INP: 104101152

### 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
CABINET NAJIB D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE 100, Lot. 5, Angle Av. Mohammed VI Rue Etanoub Hay Riad - Rabat Tél: 05 37 71 18 93 Email: cnapsec@gmail.com	10/12/2020	2818	900,00

### 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 :

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# FACTURE

Date : 28/12/2020

Date demande 10/12/2020

Numéro : 120 003 420

Nom patient **BENAJAR RACHIDA**

20LH1011

PAYANT

Examens	Prix
P OP	
Cotation : P0818	Montant facture 900,00

Arrêtée la présente facture à la somme  
NEUF CENTS DIRHAMS

CABINET NAKHIL D'ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE  
Bloc O, Lot. 5, Angle Av. Annakhil  
et Rue Ettanoub, Hay Ryad - Rabat  
Tél.: 06 37 71 18 93  
Email : cnap.sec@gmail.com

# CABINET D'ANAPATH "ESSAADA"

Rés. Mamounia A, 5ème étage Appt. 31 Angle Av. Hassan II, Rue Hayrout (ancienne CTM) - Rabat  
Tél. : 05 37 70 27 27 - Fax : 05 37 70 59 38 - E-mail : essaada.anapath@gmail.com

**Docteur Bouchra LAHBABI**

**Examen Anatomo - Pathologique**

- Nature

- Date

- Nom et Prénom

- Age

- Renseignements Cliniques

Mme BENAJAR RACHIDA  
Nais 25/03/1958 NA  
Entr 10/12/20 MUPRAS  
PR.MOHAMMADINE EL HAMID

Dr. MAHABBINI Najat  
PATHOLOGISTE  
Cabinet Nat. d'Anatomie Pathologie  
Bloc Q, Lot. 5, Angle Av. Annakhil  
Rue Attanoub, Hay Riad - Rabat

Myocèle de l'appendice  
ex trémité d'aspect  
+ base de l'appendice saive  
ex trémité tuberculeux adhérente  
au caecum  
=> Recherche ibo caeco colon

*[Signature]*



**NOM PRÉNOM**

**: Mme BENAJAR RACHIDA**

**AGE**

**: 62 ans**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : Pr MOHAMMADINE EL HAMID**

**N REF**

**: 20LH1011**

**DATE DU PRELEVEMENT : 10.12.2020**

**DATE DE REPONSE**

**: 14.12.2020**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Mucocèle appendiculaire suspect

**COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE**

**PIÈCE DE RÉSECTION ILÉO-COLIQUE**

**Examen macroscopique :**

Reçu une pièce d'iléo-colectomie, parvenue immergée dans du formol et non orientée. Elle comporte un segment iléal de 4cm de long et un segment colique de 4 cm de long. L'appendice n'est pas individualisé.

À l'ouverture, on note la présence d'une lésion kystique appendiculaire mesurant 5,5x3x2,5cm et dotée d'un paroi épaissie, comportant des dépôts de mucine au sein de sa lumière qui est par ailleurs dilatée.

**Examen microscopique :**

L'examen histologique des différents prélèvements réalisés au niveau de la lésion, repérée macroscopiquement, montre formation kystique bordée par une paroi appendiculaire tapissée en surface par un épithélium cylindrique haut formant des structures papillaires complexes et pourvu de noyaux allongés, pseudostratifiés, à chromatine dense et hétérogène et fortement nucléolés et d'un cytoplasme abondant et basophile avec une diminution de la mucosécrétion.

Absence de lésion invasive.

La résection chirurgicale est passée en zone saine non inflammatoire.

**CONCLUSION :**

- Aspect histologique d'un cystadénome mucineux de haut grade de l'appendice.  
Résection passée en zone saine (R0).

**Signé : Dr Mahassini N.**

Dr. MAHASSINI Najat  
PATHOLOGISTE  
Cabinet Nakhil Anatomie Pathologie  
Bloc Q, Lot 5, Angle Av. Annakhil  
Rue Attanoub, Hay Riad - Rabat