

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° S19-0000629

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234 Société : RAR
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MARNISSI Nouredine Date de naissance : 12/08/1963
 Adresse : Rue 13 n° 32 My Anba 7ème Mahrouka Casablanca
 Tél. : 0604 685153 Total des frais engagés : 1021,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABADA Redouane Loubi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE : 091033514

Date de consultation : 10/10/2022
 Nom et prénom du malade : Marnissi Salma Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : affection ORL
 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 : 10/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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


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
10/10/2022	CS	C3	gratuit	
11/10/2022	CS	C3	gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.10.22	
	10.10.22	222,70
		199, n

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/10/22		600,84

AUXILIAIRES MEDICAUX

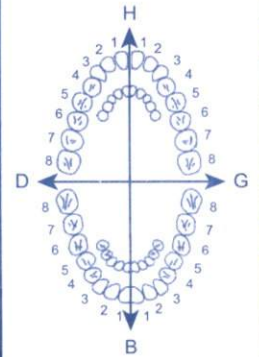
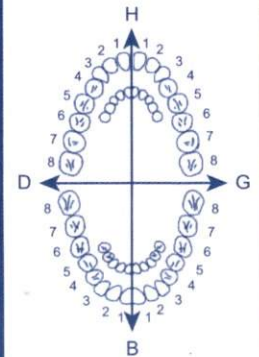
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECU LE : 10/10/2022
EDITE LE : 12/10/2022

NOM & PRENOM : MARNISSI SALMA
PRESCRIPTEUR : PR ABADA
Age : 15 ANS
N/REF : H21010176

Nature du prélèvement : Adénopathie cervicale gauche

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Reçu deux formations nodulaires pesant ensemble 7 g et mesurant 2 et 3 x2 cm de grand axe. Elles sont incluses en totalité et examinées sur plusieurs niveaux de coupe étagés.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de ganglions remaniés par des foyers clairs de cellules lymphocytaires monocytoides ou histiocytaires claires renfermant focalement une nécrose éosinophile riche en cellules lymphoïdes apoptotiques avec des noyaux fragmentés pycnotiques.

Présence d'immunoblastes.

Absence de granulocytes.

Absence de granulome tuberculoïde.

CONCLUSION :

Aspect morphologique d'une lymphadénite riche en histio-monocytes entourant des foyers d'apoptose dispersées (Origine virale? Kikuchi?).

Absence de granulome tuberculoïde.

Une étude immunohistochimique complémentaire est souhaitable et sera réalisée à la demande +++.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Hind ALATAWNA
HISTOPATHOLOGISTE
17 Louvre Center, Angle
Bd. Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj
Casablanca - Tel: 0522 23 37 50

CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE IBN ZOHR

Casablanca le 10/10/2022

FACTURE N° 22/2804

NOM ET PRENOM : MARNISSI SALMA

Nature du prélèvement : Adénopathie cervicale gauche

Date du prélèvement : 10/10/2022

Montant de : 600, 00 Dh.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Six cents dirhams.

Signé

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Hind ALATAWNA
ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTE
17 Louvre Centre et Bachir Laalaj
Bd. Abdelmoumen - Tél: 0522 23 37 50
Casablanca

Patente N° 34708372

ICE :001864938000053

INPE :091151944

Casablanca, le : 11.10.2022

الدار البيضاء في

Mell JARNESSI Selug:

167, 10

- Saphir 1g



1g x 2/5 كل 5

45,50

- Cefotaxim 500mg



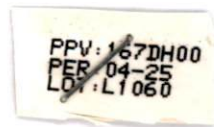
1g x 2/5 كل 5

10,20

- Delortop 500mg

1g x 2/5 كل 5

222,70



Dr. ABADA Redallah Larbi
Professeur de
Chirurgie Maxillo-Faciale
Tél: 05.22.65.02.44

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente: 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax: 05 22 22 03 57 - Email: rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. وض. ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س. ت: 74087 - البثامنا: 35504150

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com

Dr. Redallah Larbi ABADA

PROFESSEUR EN ORL

Et chirurgie de cervico-faciale

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



الدكتور أباطة رضى الله العري

اختصاصي في جراحة الأنف والأذن والحنجرة

وجراحة العنق والوجه

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 10.10.22

Nannim Salma

Schaïbon S

199, 11/11/21



199, 11/11/21

Dr. ABADA Redallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 091033514

TPA : Clinique RACHIDI 43, BD RACHIDI-CASABLANCA

Tél : Personnel : 06 61 23 51 70 - Assistante : 06 53 47 94 78

Clinique : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

TPA : مصحة الراشدي 43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

الهاتف الشخصي : 06 61 23 51 70 / مساعد : 06 53 47 94 78

مصحة : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

Email : abadaredallah@gmail.com

Dr. Hind ALATAWNA

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : Dr. A. Bada

Nom et prénom : MARWISSI-SALMA Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age : 15 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Ad / Cervix gauche

Cytologie :

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

- Date des dernières règles :

Date : 10/10/22 Signature :

DE PATHOLOGIE IBN ZOHR
Dr. Hind ALATAWNA
MO-CYTOPATHOLOGISTE
17me Centre RDC Angle
Imoumen et Bachir El Alj
Inca - Tél: 0522 23 37 50

Dr. A. Bada Redallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 001033514