

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.

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° W21-768718

148403

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003434 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ATIFI Rachid

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : Beabel ANTIHABA Benselmame

Tél. : 0661311170 Total des frais engagés : 15896 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Danielle DUMASSE
MESTASSI
GYNECOLOGUES - ACCOUCHEUR
4, rue de la République - Casablanca
Tél. : 0522 27 50 50 / 0522 27 69 33

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade : EL ATIFI Rachid Age :

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

Nature de la maladie : affection musculo-squelettique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 : 07/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : / /

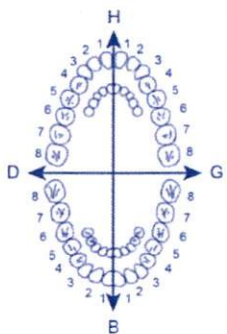
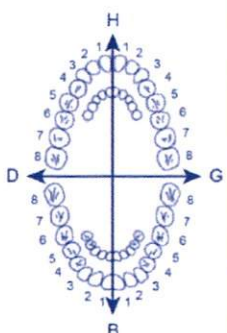


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 23/11/23 | G | | 350,50 | INP : 091005724 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE ANA IM SARLAU ES, LES PERLES DE BEN TRIAA IMM. 2 N°1 - MANSOURIA Tel : 05 23 33 01 27 INP : 0000000000 | 23/11/23 | 289,60 |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| LABORATOIRE DE RADIOLOGIE CABINET DE BEN TRIAA 2 Avenue HASSAN II Mansouria Tel : 0522 223 044 | 25/11/23 | 6273 | 300,00 Dh |
| | | | |
| | | | |

| 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 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 COEFFICIENT 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي
خريجة كلية الطب بمونبوليه
داخية قديمة بمستشفيات برينيان
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال
للطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

(بالموعد)

Le : 23/11/23

1-2 ATTA Kaitme

(33,80 x 2)

Colpotrofine oral x2

1 ovule / 28

PHARMACIE ANAJM SARL AU
 RES. LES PERLES DE BENTRIAA
 IMM. 2 N°1 - MANSOURIA
 Tel : 05 23 33 01 27
 INPE : 092084540

Augmentin 1g
3 fois / 8

Totale
289,60

PHARMACIE ANAJM SARL AU
 RES. LES PERLES DE BENTRIAA
 IMM. 2 N°1 - MANSOURIA
 Tel : 05 23 33 01 27
 INPE : 092084540

Dr. Danielle DUVIGEANT
 MESTASSI
 GYNECOLOGUES - OBSTETRICIENNE
 4, Place Maréchal - Casablanca
 Tel : 0522 27 75 50 / 0522 27 69 05

Exp Date
SEP 2023
Lot/Batch
8P986A

maphar
Km 10, route côtière 111
quartier industriel, Zonata, Ain Sebaï
Casablanca - Maroc
COLPOTROPINE 100 mg CAP VAG BT 10
P.P.V.: 33DH80
6 118001 180691

Exp Date
SEP 2023
Lot/Batch
8P986A

Exp Date
SEP 2023
Lot/Batch
8P986A

6 118001 180691
P.P.V.: 33DH80
COLPOTROPINE 100 mg CAP VAG BT 10
Casablanca - Maroc
quartier industriel, Zonata, Ain Sebaï
Km 10, route côtière 111
maphar

PPV: 222,00 DH
LOT: 650803
PER: 08/24

6 118000 161042

Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي
خريجة كلية الطب بمونبولىيه
داخلىة قديمة بمستشفيات برينيان
إختصاصية فى أمراض النساء و التوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

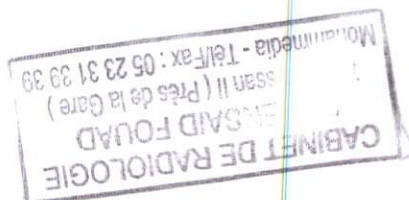
الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

(بالموعد)

Le : 23/1/23

Dr ATIFI Karim

Mammographie
échographie mammaire



İme: Karim

Yettefi

Mohammedia le 25/01/2023

Cabinet de radiologie

Dr Bensaid Fouad

ICE: 001923053000020

I.F : 54700400

7, Bd Hassan II Mohammedia

Tél/Fax : 05-23-31-39-39

E-mail: bensaidfouad@menara.ma

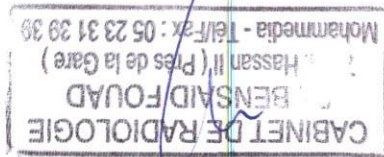
Facture n°

: 0125/23

Mme

: Yettefti Karima

Arrêter la présente facture à la somme de sept cent
Dirhams 700 DH/TTC pour
Echo- mammographie



Radiologie Conventionnelle Numérique - Echographie
Echo-Doppler - Mammographie - Panoramique Numérique
Osteodensitométrie - Rachis Entier Numérique - Pangonogramme

Radiologue Ex. Enseignant au
C.H.U. Ibn Sina - Rabat

Nom - Prénom : Mme Yettefti Karima
Date : 25/01/2023
Médecin demandeur : Dr. Duvigeant Mestassi
Nature de l'examen : Echo- mammographie

Compte Rendu

Mammographie

- Seins graisseux de type II, avec travées conjonctivo glandulaires raréfiées et éparées
- Surdensité glandulaire focale à la jonction des quadrants externes du sein gauche avec désorganisation architecturale à ce niveau. Cette anomalie est classée ACR5.
- Absence par ailleurs d'opacité circonscrite mammaire individualisable.
- Absence de foyers de micro- calcifications mammaires identifiables.
- Respect des plans cutané- mamelonnaires et graisseux sous cutanés.
- Les régions axillaires sont libres

Echographie :

- Met en évidence dans la zone de surdensité focale mammographique, une formation nodulaire de siège para et immédiatement sous mamelonnaire externe. Elle est ovale et présente un contour externe mal défini. Elle est hypoéchogène atténuante et mesure 11 X 8 mm de diamètre. Elle est ACR4.
- Confirme l'absence d'autre lésion focale, kystique ou solide, mammaire
- Objective l'absence d'ectasie des systèmes galactophoriques des seins.
- Et précise la liberté des creux axillaires.

C/C: Surdensité et désorganisation architecturale de la jonction des quadrants externes gauches associées à un nodule para et sous mamelonnaire externe. Ensemble lésionnel classé ACR5.
Sein droit ACR1.



Dr. Danielle DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي
خريجة كلية الطب بمونبوليه
داخلية قديمة بمستشفيات برينيان
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

(بالموعد)

Le : 23/11/23

Dr. D. ATIFI Kourma

fruits de f

1968

HISTOLABO
132 Avenue HASSAN II
Casablanca 20070
Tél : 0522 223 044

Dr. Danielle DUVIGEANT
MESTASSI
ACCOCHEUR
GYNECOLOGUES - Casa
4, Place Maréchal
Tél : 0522 27 75 50 / 05 22 27 69 05



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI

Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

إستولابو

الدكتورة بناني نجية

مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca le : 25 / 01 / 2023

FACTURE N° 23/0196

Nom et prénom : EL ATIFI KARIMA

Organe(s) : Frottis cervical

Cotation : P273

Montant (Dh) : 300,00

HISTOLABO
132 Avenue HASSAN II
Casablanca 20070
Tél : 0522 223 044



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

إستولابو

الدكتورة بناني نجية
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca, le 30/01/2023

Dr : DANIELE MESTASSI

Mme : EL ATIFI KARIMA

Age : 55 ans

Prélèvement parvenu au laboratoire le : 25/01/2023

Organe : Frottis cervical

COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Réf : C2301196

Portant sur un frottis en milieu liquide (monocouche). Il est représentatif. Il est de type régressif mixte (pré-atrophique).

Le fond est propre mucoïde siège de rares PNN souvent isolés. Présence de quelques cellules intermédiaires et parabasales à cytoplasme cyanophile. Le noyau est ovoïde, anisocaryose minime. Il est vu une flore de Döderlein de densité conservée.

CONCLUSION : FROTTIS CERVICO-VAGINAL MUÇOÏDE ET PROPRE DE TYPE REGRESSIF MIXTE AVEC SIGNES DE REMANIEMENTS DYSTROPHIQUES.

Absence de signes de malignité sur ce matériel.

HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI
132, Av. Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 22 30 44

Dr N. BENNANI // Pr F. EL MANSOURI

Page 1/1