

# 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

M22- 0005555

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4672 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUASSINI Abdelali

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse :

Tél. : 06 96 64 78 73 Total des frais engagés : 600,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 / 4 / 23

Nom et prénom du malade : OUASSINI Abdelali Age : 75

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Générale

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 : 06 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| D <sup>r</sup> Al. | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes             |
|--------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/4/23            |                   | 6                     | W.                              | Dr. BENSADDI Fatima Zahra<br>Professeur en Chirurgie Générale<br>091143990 |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 06/04/23 | P545                         | 600,00 DMs             |

# 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 :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

**Dr. Abdelmajid RIFKI**

Anatomo-cytopathologiste  
Diplômé de l'Académie de Lyon  
Ex. enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس  
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

**Pr. Soumaya ZAMIATI**

Anatomo-cytopathologiste  
Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Reçu le : **10/04/2023**

Edité le : **14/04/2023**

Âge : **75 ans**

Notre réf. : **H232AR0107**

Prescripteur : **Pr. BENSARDI**

Patient(e) : **Mr Abdelali OUASSINI**

Organe : **Vésicule Biliaire**

(Coliques hépatiques. VB lithiasique)

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### MACROSCOPIE :

L'envoi concerne une vésicule biliaire largement ouverte, mesurant 8 x 3 cm. La paroi est souple et fine. Le relief muqueux est effacé, ponctué de quelques débris lithiasiques.

### MICROSCOPIE :

L'examen histologique montre des lésions de cholécystite chronique sans signes d'activité. Le revêtement est régulier, décrivant de rares villosités et s'insinuant, au niveau du collet, pour former des récessus de Rokitansky-Aschoff. Le chorion fibreux siège d'un infiltrat inflammatoire modéré et mononucléé, fait surtout de lymphocytes s'organisant par endroits, en nodules lymphoïdes parois à centre germinatif. La musculature est dissociée par une fibrose et la séreuse est le siège d'une hyperplasie nerveuse.

### CONCLUSION :

Cholécystite chronique lithiasique avec lésion de cholécystite folliculaire.

Absence de malignité.

**Pr. S. ZAMIATI**

**Pr. Soumaya ZAMIATI**  
CENTRE DE PATHOLOGIE  
Ibn Ennafis  
11, Rue Lieutenant Berge  
Casablanca - Tél (LG): 0522 20 23 02



**Dr. Abdelmajid RIFKI**

Anatomo-cytopathologiste  
Diplômé de l'Académie de Lyon  
Ex. enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس  
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

**Pr. Soumaya ZAMIATI**

Anatomo-cytopathologiste  
Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## FACTURE

REF : FA23001781

Date de facturation 17 / 04 / 2023  
Médecin traitant Pr. BENSARDI  
Patient Mr Abdelali OUASSINI  
Demande référence H232AR0107  
Demande reçu le 10/04/2023

A Payer 600,00 Dhs  
coefficient-P 545  
Mode de règlement

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS

**Pr. S. ZAMIATI**



ICE 001808242000088 IF 15200176 INPE 91024752 INPE du Laboratoire 093002954

Dr. **id RIFKI**

Anatomo-pathologiste  
Diplômé de l'Académie de Lyon  
Ex. enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste  
Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس  
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

032 AM/07

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : **BOEN SARDI**

Nom et prénom : .....



M. OUASSINI ABDELALI

Né le : 01/01/1948

Age : **74 ans**

Date du prélèvement : .....

Heure : .....

Siège et nature du p :

**Vésicule biliaire**

Renseignements cliniques : .....

**Colestasis lithique**  
**VB lithique (diffuse nodules)**

Cytologie : .....

- Frottis : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels : .....

Date : **06/4/03**

Signature : **Dr. B. SARDI**