

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22-0056868

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6842

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIRAKI Houssam

Date de naissance : 26/07/1959

Adresse : Pharmacie de l'université
Meknes

Tél. : 0661441065

Total des frais engagés : 320 + 800 = 1120 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/08/2023

Nom et prénom du malade : Dr. Nadia EL JADOURI BELFKIH Age : 60 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie bilatérale

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : Meknes

Le : 01/08/2023

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
11/08/23		1	32000	

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
	11/08/23	P24r	32000

AUXILIAIRES MEDICAUX

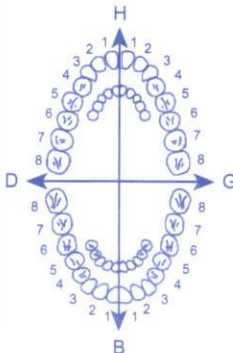
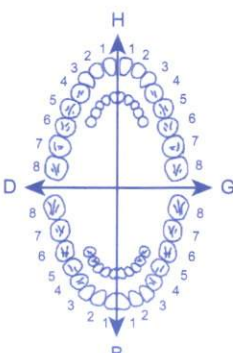
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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



L
4, 1
Tél. .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 01/08/2023

Facture N° 372332

N° D'ANA-PATH IDAHIT

NOM PRENOM BELFKIH BOUCHRA

ADRESSE PAR : DR EL JADOURI NADIA

ORGANE UTERUS-COL.

COTATION B 245

COTATION K: 2

TOTAL DH : 320

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
Cachet et signature :
4, Boulevard Mohammed VI 5ème Etage
20148 - Casablanca
Patente : 34206518 - I.F.: 41807041
S. n° 015 - ICE : 001502419000087

Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 01/08/2023

FACTURE
N°8421/23

MME BELFKIH BOUCHRA

EXAMEN	MONTANT
ECHO-MAMMOGRAPHIE	800 DHS

Adresse : Angle Boulevard Brahim Roudani et Rue Jean Jaures N° 8 Casablanca - Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

T.P N° : 35547765 - I.F : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 - ICE N° : 001714794000020

Site Web : www.radiologieandalouss.com - E-mail : andaloussradiologie@gmail.com

Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin - Colonel
Infirmerie Garnison - Casa

ORDONNANCE

Mr/Mme

AM le 01/08/2023
BELFKIH Bouelha

- Age = 60 ans.
- IIG IIG (2EU)
- Neoplasme de l'ovaire

Hémodiagnostic bilatérale
+ ECHOGRAPIE Hémodiagnostic

RADIOLOGIE AL ANDALOUSS
Dr. BENJIDINA Mohamed Fouad
Angle Bd Brahim Roudani
et Rue Jean Jaures, N° 8 - Casa
Tél. : 05 22 49 00 03

Cachet du médecin

FORCES ARMÉES
Infirmerie de Casa
Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin - Colonel
Infirmerie Garnison - Casa
091040907



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerktouni 5^{ème} étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax: 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com
INPE: Lab: 091070078/ Med.: 093002921- ICE: 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

DR EL JADOURI NADIA

Pour
Mme BELFKIH BOUCHRA

Age : 60 ANS
Référence : 1DAH1T
Parvenu : Le 01/08/2023
Répondu : Le 03/08/2023
Organe : UTERUS-COL.
Antériorité réf : 4D5Z1T
Ménopausée depuis 9 ans environ ;
3G-2P.
Frottis du col.

- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -

MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin effectué en phase liquide, à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche.

QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est très peu productif.

CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes

CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- * cellules malpighiennes exocervicales parabasales et surtout basales
- * cellules endocervicales subissant une métaplasie malpighienne incomplète ;

FLORE MICROBIENNE

Flore mixte non spécifique.

CONCLUSION:

- Ectropion en métaplasie malpighienne incomplète.
- Atrophie cervicale;
- A contrôler après traitement.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage
20140 - Casablanca

Patente : 34206518 - I.F.: 41807041

CNES : 711481 - INPE : 001502419000087

Très confraternellement,
DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.

Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 01/08/2023

MEDECIN TRAITANT : DR. EL JADOURI

NOM & PRENOM : MME BELFKIH BOUCHRA
EXAMEN : ECHO MAMMOGRAPHIE

MAMMOGRAPHIE

- Seins en involution graisseuse, type 2.
- Absence de surcroît d'opacité de type stellaire.
- Absence de foyer de microcalcifications d'allure suspecte.
- Le revêtement cutané est fin et le sous-derme est libre.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

- Absence de lésion kystique ou nodulaire au niveau des deux seins.
- Ganglion au niveau du prolongement axillaire du sein droit, de 6.3 x 2.3 mm.
- Ganglions axillaires bilatéraux d'aspect inflammatoire.

Au total :

- Ganglion au niveau du prolongement axillaire du sein droit.
- Ganglions axillaires bilatéraux d'aspect inflammatoire.
- Examen classé ACR 2 de la classification BIRADS.

ORDONNANCE

CA le 01/08/2020
Mr/Mme Baechra BELFKIH



FCU

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage
20140 Casablanca
Patente : 3420658 - N° : 41807041
CNBS : 2294015 - COT : 0015024190000087

(Dépistage)

7
AS



Cachet du médecin

Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin - Colonel
Infirmerie Garnison - Casa
INPE 091040907