

# 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'Ho  
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

M23-014150

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03434 Société : 202516  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELATI Rachid  
 Date de naissance : 06/11/1972  
 Adresse : Babes Charhwa Ain Tigha  
 Boudham  
 Tél. : 066131470 Total des frais engagés : 900 DH. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Oumama BENJELLOUN  
 Spécialisée en Gastro-entérologie  
 Proctologie médicale et chirurgicale  
 Rue Azegga, nom Khan, Apt 3, Agdal  
 Tél. 0537777115 - INPE: 101209856  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age: / /  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Panniculite mésembryologique  
 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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019



# 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
19/01/24			900,00	

# 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
	17/01/24	P0818	900,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

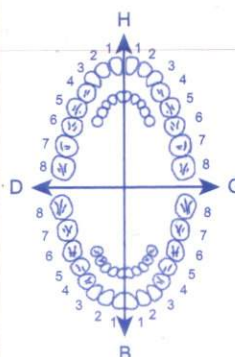
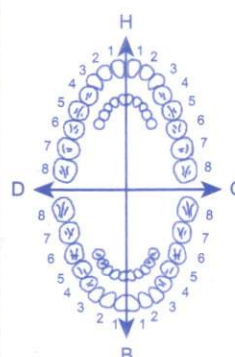
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Oumama Benjelloun

Spécialisée en Hépatogastroentérologie  
Proctologie médicale et chirurgicale  
Echographie, Endoscopie digestive



HAKAM & BENJELLOUN  
Centre de Gastro-Entérologie  
Hépatologie et Proctologie

الدكتورة امامة بن جلون

اختصاصية في امراض الجهاز الهضمي و الكبد  
امراض الشرج  
الفحص بالصدى و المنظار

Rabat, le .....

17/01/24

Mme Yettefi Karima

Examen Anapath

① D2

② Antre

③ Fundus

Angle Avenue Fal Ould Oumeir et rue Azegza, Imm. 37, 1er étage, Appt. n°3. Agdal, 10000 Rabat.

رقعة اذكرة، عمارة 37، الطابق الأول، الشقة رقم 3. أكدال. 10000 الرباط

+212 5 37 77 71 15 +212 6 70 99 41 73 Contact@rabatgastro.ma www.rabatgastro.ma

INPE 10 120 98 56 | ICE 00 213 25 46 00 00 70



DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

Dr. Fouad KETTANI  
Pr. agrégé en anatomie pathologique

Dr. Asmae BENZEKRI  
Diplômée en anatomie et cytologie

Dr. Merieme GHAOUTI  
Diplômée en anatomie et cytologie

Nom et Prénom du Malade :

De la part du Docteur :

Date du Prélèvement :

Date d'envoi :

Siège et nature du Prélèvement :

RENSEIGNEMENT CLINIQUES ET PARA-CLINIQUES

Panniculite mésentérique  
Exploration digestive  
ATCD d'hypothyroïdie  
F.O.C.D = discrète antrite érosive  
De RGS

REF Antérieure :

Fixation :

Nota : La fixation des pièces biopsiques doit être effectuée dans du formol tamponné :

# CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE NATIONS UNIES

## FACTURE

Numéro : 924000440 du 20/01/2024

Date demande 17/01/2024

Nom patient : YETTEFTI KARIMA

Médecin : DR. BENJELLOUN OUMAMA

21K04-018-02

PAYANT

BIOPSIE 2 FLACONS  
BIOPC

Cotation : P0818

Montant facture 900,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
NEUF CENTS DIRHAMS





**Dr. Fouad KETTANI**  
Pr. agrégé en anatomie pathologique  
E-mail : fouadket2@gmail.com

**Dr. Asmae BENZEKRI**  
Diplômée en anatomie et cytologie  
pathologiques de l'université libre de  
Bruxelles et de l'université René  
Descartes - Paris 5  
Diplômée en cytogénétique moléculaire  
de l'université René Descartes - Paris 5  
Ancienne assistante hospitalo-universitaire  
de l'hôpital Beaujon à Paris (Ap-Hp)  
Ancienne attachée de l'Institut  
Gustave Roussy  
Diplômée de colposcopie  
E-mail : asmaebenzekri@hotmail.com

**Dr. Merieme GHAOUTI**  
Diplômée en anatomie et cytologie  
pathologiques de l'université de Fès  
Ancienne interne des CHU de Rouen et  
de Bordeaux  
Diplômée en pathologie moléculaire de  
l'université de Nice-Sophia Antipolis  
E-mail : merighaouti@gmail.com

NOM & PRÉNOM : YETTEFTI KARIMA  
DOCTEUR : BENJELLOUN OUMAMA  
CODE PATIENT : 21K04-018  
DATE : 18/01/2024  
AGE : 62 ans  
N/REF : 240117472

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Antécédent d'hypothyroïdie.

Panniculite mésentérique.

FOGD : discrète antrite érosive – D2 sans anomalies.

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

#### 1° D2

Il a été communiqué 6 fragments biopsiques inclus en totalité intéressant une muqueuse duodénale aux villosités longues et fines revêtues de cellules cylindriques ne présentant pas d'atypies nucléocytoplasmiques. Les glandes sont normocrines disposées de façon homogène au sein d'une lamina propria siège d'un discret infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire.

La lymphocytose intra-épithéliale est de 10%.

Absence de granulome.

Absence d'agent pathogène.

Absence de signes histologiques de malignité.

#### \*CONCLUSION\*

Discrète duodénite chronique non spécifique.

#### 2° ANTRE

Il a été communiqué 4 fragments biopsiques intéressant une muqueuse antrale dont l'épithélium de revêtement de surface et des cryptes est bordé de cellules cylindriques muco-sécrétantes ne présentant pas d'atypies nucléocytoplasmiques.

Les glandes sont normocrines et bien différenciées, disposées au sein d'un chorion siège d'un infiltrat inflammatoire discret lympho-plasmocytaire.

Absence d'helicobacter pylori.

Absence de métaplasie intestinale.

Absence de signes histologiques de malignité.

..//...

**\*CONCLUSION\***

Discrète antrite chronique interstitielle.

Activité : 0

Atrophie : 0

Métablasie intestinale : 0

Helicobacter pylori : 0.

Absence de signes histologiques de malignité.

**3° FUNDUS**

Il a été communiqué 4 fragments biopsiques intéressant une muqueuse fundique dont l'épithélium de revêtement de surface et des cryptes est bordé de cellules cylindriques muco-sécrétantes ne présentant pas d'atypies nucléo-cytoplasmiques.

Les glandes sont normocrines et bien différenciées, disposées au sein d'un chorion siège d'un infiltrat inflammatoire discret lymphoplasmocytaire.

Absence d'Helicobacter pylori.

Absence de métablasie intestinale.

Absence de signes histologiques de malignité.

**\*CONCLUSION\***

Discrète fundite chronique interstitielle.

Activité : 0

Atrophie : 0

Métablasie intestinale : 0

Helicobacter pylori : 0.

Absence de signes histologiques de malignité.

Signé : Dr. M. GHAOUTI

**Dr. M. GHAOUTI**  
Médecin Anatomopathologiste  
Centre d'Anatomie Pathologique des Nations Unies et  
Anglo Avenue des Nations Unies et  
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 28 96 - 05 37 67 28 96