

## 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

N° W19-479083

ND42431

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot Molay Hami Rue 30° 25 OULFA

CASA

Tél. : 06995995962 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABDELWAHAB ESSA Age :

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

Nature de la maladie : Fibrose kystique

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-479083

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
26/08/2020	CS	G		INP : 103379 Dr. ABDELWANAS Chirurgien Boulevard Al Akaba Essaouira - Tél: 05 24 47 31 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LA MOSQUEE 05 24 78 46 88 Tél: 05 24 78 46 88	26/08/2020	325,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSE CYTOLOGIQUE 05 23 88 00 00 Fax: 05 23 88 00 00 laboratoire.pathologie.soues@gmail.com	02/09/2020	2682	750,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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>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"/>  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														





**مختبر التشريح المرضي سوس**  
**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE**  
**PATHOLOGIQUES SOUSS**  
ⵍⵉⵔⵓⵔⵉ ⵏ ⵓⵎⵉⵔⵉ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵉ

**الدكتور وديع قاموس**  
**Dr. OUADIE QAMOUSS**

- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaires
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-pompidou
- Diplômé en néphropathologie de l'université Paris XI
- خريج كلية الطب و الصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
- اختصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

**DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE**

De la part du DR. :

- Mr, Mme, Melle, Enft :

- Age :

Date du prélèvement :

**HITOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE**

- Organe :

- Nombre du prélèvement :

**CYTOLOGIE :**

- Organe :

- Nombre du prélèvement :

\* FCV : Vagin ☐

Exo ☐

Endo ☐

Couche - Mince ☐

- Date des derniers règles :

- Mode de contraception :

- Traitement récent :

\* Autres cytologies :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

**QUESTIONS :**

**EXAMEN ANT (Réf) :**

N° 36, 4<sup>ème</sup> Etage, Immeuble IFRANE 3 - Avenue HASSAN II - Agadir

Tél.: 05 28 84 20 96 / 08 08 42 63 97 / 06 75 30 20 38 - Fax : 05 28 84 38 41 - E-mail: laboratoire.pathologie.souss@gmail.com





**مختبر التشريح المرضي سوس**  
**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE**  
**PATHOLOGIQUES SOUSS**  
ⵍⵉⵎⵓⵔⵉ ⵏ ⵉⵎⵓⵔⵉ ⵏ ⵉⵎⵓⵔⵉ ⵏ ⵉⵎⵓⵔⵉ ⵏ ⵉⵎⵓⵔⵉ

**الدكتور وديع قاموس**  
**Dr. OUADIE QAMOUISS**

- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaires
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-pompidou
- Diplômé en néphrologie de l'université Paris XI

- خريج كلية الطب و الصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي بمستشفيات باريس سابقا
- اختصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

Date de réception : 02/09/2020 N° d'examen : H20490209  
Date de réponse : 03/09/2020 Nom et Prénom : ABOUDRARE IJJA  
Sexe : F Médecin traitant : Dr. Non Préciser  
Âge : 46 ans

Nature du prélèvement : Myomectomie.

Renseignements cliniques : - Utérus myomateux. - Mymectomie.

## COMPTE RENDU

Reçu une pièce de myomectomie mesurant 07x05x03cm et pesant 100g, A la coupe aspect blanchâtre, nodulaire et homogène. Du point de vue histologique, les prélèvements effectués montrent une prolifération léiomyomateuse régulière, d'architecture fasciculée, disposée en faisceaux enchevêtrés, richement vascularisés, et dissociés par quelques bandes de collagène. Cette prolifération est faite de cellules musculaires lisses à cytoplasmes éosinophiles, mal définis, et à noyaux vésiculeux, ne montrant pas d'atypies cytonucléaires ou de figures de mitoses.

**Absence de signes de malignité.**

### CONCLUSION :

- Léiomyome utérin.
- Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. QAMOUISS OUADIE

LABORATOIRE D'ANATOMIE  
ET DE CYTOLOGIE SOUSS  
AGADIR  
Tél/Fax : 05 28 84 20 96 / 06 75 30 20 38  
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

- Histopathologie

- Cytopathologie  
Conventionnelle et en  
milieu liquide

- Examen extemporané

- Cytoponction d'organe

- Immuno-histochimie

- Immunofluorescence  
rénale et cutanée

- Néphrologie

**FACTURE**

**REF : 20/4018**

Agadir, le 02/09/2020

Date de facturation 02 / 09 / 2020  
Médecin traitant  
Patient ABOUDRARE IJJA - 082442  
Demande **H20490209 - 02/09/2020**

**Liste des examens**

**A Payer** 750,00 Dhs  
**coefficient-P** 682,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS ET 00 CENTIMES

LABORATOIRE D'ANATOMIE  
ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES SOUSS  
N° 36, 4ème Etage, Immeuble FRANE 3 Avenue Hassan II - Agadir  
Tél/Fax : 05 28 84 20 96 / 06 75 30 20 38  
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com