

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-514639

MSR  
OCC

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TOUWANE CHAMOIS SALMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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° W19-514639

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 :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux														
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000		G			35533411	11433553	Montant des soins
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
00000000	00000000																
	G																
	35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis															
		Fin de															

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-379864	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-379864

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom <u>Touhami Chahdi Salma</u>		
Fonction : <u>Ingénieur</u>	Phones <u>06 66 43 82 12</u>	
Mail <u>salma.touhami@gmail.com</u>		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>M. TOUHAMICHANDI SALMA</u>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>32ans</u> Date <u>8/11/18</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite
<u>Dr. epifastugus</u>	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>BIL</u>		<u>G</u>

<b>PHARMACIE</b>	Date
Montant de la facture	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>2x B210</u>	<u>2 x trois cent dix = 600</u>	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

**Dr. Souad SOUFIANI**  
Hépatogastro-Entérologie  
3, Av. Amir My Abdelh  
Tél: 73.66.89 / 90

**LABORATOIRE Dr. L. CHKOF**  
41, Rue Oued Ziz - Agdal  
RABAT  
Tél: 05 37 77 24 63



مصحة صومعة حسان  
CLINIQUE DE LA TOUR HASSAN



Le 8.11.18

M<sup>r</sup> Souhanni Chahdi  
Salung

①. Biopsie jejunaux  
IEL? Giardiana?  
autre?

②. Biopsie autofundique  
Muc. cong ;  $\approx$  granulées  
Hb? Cl? autre?

LABORATOIRE Dr. L. CHKOFF  
41, Rue Oued Ziz - Agdal  
- RABAT -  
Tél.: 05 37 77 24 63

Dr. Souhanni Soued  
Hépatogastro-Entérologue  
3, Av. Amir My. Abdellah  
Tél.: 05 37 73 66 89/90-Rabat

S.C.P. au capital de 12.400.000 DH شركة مدنية مهنية رأسمالها  
RUE IDRIS AL AZHAR - RABAT - الرباط - الأزهر - زنقة إدريس

TEL : 05 37 72 22 32/33 - 05 37 70 98 91 - 05 37 72 91 62 - 05 37 72 91 73 - الهاتف : FAX : 05 37 70 88 97 - الفاكس :

I.F. 03301254 - CNSS : 1702697 - PATENTE : 25122790 - ICE 001646061000007

RIB B.M.C.I. 013 810 01070 00000 7001 31 94 - RIB S.G.M.B. 022 810 000 050 00 061950 74 23

**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
DOCTEUR LATIFA CHKOFF  
41, RUE OUED ZIZ RABAT-AGDAL  
TEL : 05.37.77.24.63  
Email : drchkoff@menara.ma**

N° DE PATENTE : 257 352 40    N° DE CNSS : 625 84 55  
ICE : 001645031000075

**INP : 101042075**

**RABAT LE : 12/11/18...**

**FACTURE DE MME.TOUHAMI CHAHDI SALMA**

**RECUE LA SOMME DE SIX CENT DIRHAMS ( 600,00 DH ) CONCERNANT  
L'ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE ( BIOPSIES JEJUNALES + BIOPSIES  
ANTRO-FUNDIQUES ).**

**LABORATOIRE Dr. L. CHKOFF  
41, Rue Oued Ziz Agdal  
- RABAT -  
Tél.: 05 37 77 24 63**



**LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
DOCTEUR LATIFA CHKOFF  
41,RUE OUED ZIZ RABAT-AGDAL  
TEL : 05.37.77.24.63  
Email :drchkoff@menara.ma**

**RABAT LE : 12/11/18....**

**COMPTE RENDU D'ANATOMIE  
ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

**Nature du prélèvement :JEJUNALE/  
GASTRIQUE**

**Nom :TOUHAMI CHAHDI**

**Date d'envoi :LE 08/11/18**

**Prénom :SALMA**

**Date de réception :LE 08/11/18**

**Age :32 ANS**

**N° : 18 B 820/821**

**Médecin demandeur :DR.SOUFIANI S.**

**BIOPSIES JEJUNALES + BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

-Jéjunum :IEL ? /-Giardiase ?

-Antre/Fundus : Muqueuse congestive ; ~granulée /-H.P. ? /-Tuberculose ?

**ETUDE MACROSCOPIQUE**

**\*1) BIOPSIES JEJUNALES :** Reçus 2 fragments biopsiques mesurant 0,4 cm chacun .

**\*2) BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES :**Reçus 4 fragments biopsiques mesurant 0,3 à 0,4 cm .

**ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE**

**\*1) BIOPSIES JEJUNALES**

La totalité des coupes effectuées a intéressé une muqueuse jéjunale tapissées par des villosités conservées ( IEL <5% ).

Le chorion, congestif, renferme des éléments inflammatoires polymorphes.

Absence de structure parasitaire ni mycélienne visible.

Absence de lésion granulomateuse.

**\*2) BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES**

L'ensemble des coupes effectuées a intéressé une muqueuse antrale et fundique faite de glandes en nombre élevé par endroits, régulières non différenciées.

Le chorion,congestif, renferme des éléments inflammatoires polymorphes.

Les colorations spéciales effectuées mettent en évidence de rares Helicobacter pylori dans les lumières glandulaires .

Absence de foyer de métaplasie intestinale.

**T.S.V.P.**

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
DOCTEUR LATIFA CHKOFF  
41, RUE OUED ZIZ RABAT-AGDAL  
TEL : 05.37.77.24.63  
Email : drchkoff@menara.ma

RABAT LE : 12/11/18....

COMPTE RENDU D'ANATOMIE  
ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Nature du prélèvement : JEJUNALE/ GASTRIQUE	Nom : TOUHAMI CHAHDI
Date d'envoi : LE 08/11/18	Prénom : SALMA
Date de réception : LE 08/11/18	Age : 32 ANS
N° : 18 B 820/821	Médecin demandeur : DR. SOUFIANI S.

.....  
SUITE

CONCLUSION

- \*1) BIOPSIES JEJUNALES : REMANIEMENTS INFLAMMATOIRES  
SUBAIGUS NON SPECIFIQUES SANS ATROPHIE VILLOSITAIRE  
(IEL <5%).
- \*2) BIOPSIES ANTRO-FUNDIQUES : GASTRITE SUBAIGUE AVEC  
HYPERPLASIE GLANDULAIRE REGULIERE FOCALE ET RARES  
HELICOBACTER PYLORI (+).
- \*ABSENCE DE SIGNE DE MALIGNITE SUR LES PRELEVEMENTS  
COMMUNIQUEES.

LABORATOIRE Dr L. CHKOFF  
41 Rue Oued Ziz - Agdal  
- RABAT -  
Tél : 05 37 77 24 63