

## 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

- Reclamation : 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'Hayat  
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° W19-460312

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **17687**

Matricule : **840** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **ELFADEL AHMED**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : **0666198985** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur **BENBABA NEAL**  
**CHIRURGIEN**  
20, Rue des Hôpitaux, Rés  
des Roseaux, N°6 - Casablanca  
Tél. 0522 47 08 05

Date de consultation : **2001.12.20**

Nom et prénom du malade : **Adouhoy Nomo**

Age : .....

Lien de parenté : **Lui-même**

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Thyroïdectomie Totale**

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 : **20**

**10/1/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL SIEGE RAM**



# 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE DES ANGES  
Régence des Bains Parer  
Loti Oulad Taleb Rue 10 N° 9  
Ain Chock - Casablanca  
Tel: 05 22 21 88 88

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

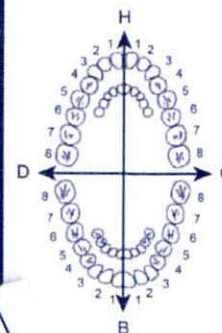
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

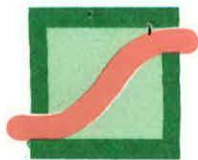
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Professeur BENISSA Nadia  
CHIRURGIEN  
40, Rue des Hôpitaux, Rés  
Les Roseaux, N° 6 - Casablanca  
Tél: 0522 47 06 05

Casablanca, le 10/01/2020

ADOU HAJ maw.



126,30 x 2 = 252,60

Afin de

58,40

Supplément

cp 20 mg

3cp

le malin / 5 j

15,80

Pharmacie Des Anges

Op 15

1cp x 2 j

32,80

Pharmacie Des Anges

cp

le malin / 10 j

URGENCES 24/24




AUGMENTIN 1 g/125 mg   
12 sachets



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH  
LOT: 620104  
PER: 02/21

AUGMENTIN 1 g/125 mg   
12 sachets



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH  
LOT: 620104  
PER: 02/21

58,00

**Solupred® 20mg**

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Solupred® 20 mg**

20 Comprimés  
effervescent



**Doliprane® 1000 mg**   
PARACÉTAMOL  
8 comprimés effervescent séchant



Co  
a l  
de

NE  
NI  
AV

PPV 15 DH 80  
PER 07/22  
LOT 11624



# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Dr. Hind ALATAWNA

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : P. BENISSA

Nom et prénom : ABOUHAY MAMA Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age : 19.65

Référence : Hydrométrie

Siège et nature du prélèvement : Hydrométrie

Cytologie :

- Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Nodule toxique

Radiographies : Sur GPH HAN

Date : 09/01/20 Signature : .....

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir El Alj, App : N° 1 - Casablanca  
Tél : 0522 23 37 50 - Fax : 05 22 23 39 50 - E-mail : patho-ibnzohr@gmail.com



CENTRE DE PATHOLOGIE  
IBN ZOHR

**CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR**

**مختبر تشريح الخلايا والأنسجة ابن زهر**

**Dr. Hind ALATAWNA**

Casablanca, le 16/01/2020

Nom & Prénom : ADOUHAY MAMA  
Référence : H00109165  
Date de facturation : 09/01/2020

## FACTURE N° 20/0103

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Histologie		
thyroïdectomie totale		700,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de Sept cents Dirhams**

Signé :

**Dr. Hind ALATAWNA**  
Anatomie-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd Abdelmoumen et Bachir Laleej Casa  
Tél : 0522 23 37 50 Fax : 0522 23 39 50

**Patente N° 34 70 83 72**

**ICE : 001864938000053**

**INPE : 091151944**

17, Louvre Centre, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N° 1  
(Tramway, Station Abdelmoumen) - Casablanca

Tél. : 05 22 23 37 50 - Fax : 05 22 23 39 50 - Email : patho.ibnzohr@gmail.com

RECU LE : 09/01/2020  
EDITE LE : 14/01/2020

NOM & PRENOM : ADOUHAY MAMA  
PRESCRIPTEUR : PR BENISSA Nadia  
Age : 55 ANS  
N/REF : H00109165

Nature du prélèvement : thyroïdectomie totale

Renseignements cliniques : Nodule toxique sur GMHN

### COMPTE RENDU

Reçu une pièce de thyroïdectomie totale pesant 18g. Le lobe droit mesure 3,5x3x0,5cm. Le lobe gauche mesure 3,5x1,5x0,2cm.

L'isthme mesure 2,5x0,2cm.

A la coupe, le lobe droit comporte un nodule d'aspect colloïde, bien limité encapsulé, mesurant 0,7cm avec remaniements fibreux et un nodule colloïde bien limité de 0,5cm.

Le lobe gauche comporte des micronodules millimétriques colloïdes.

A l'examen histologique, les nodules sus décrits sont limités par une capsule fine et composés de vésicules de taille variable ou de pseudopapilles à colloïde abondante et à revêtement régulier. Les noyaux sont ovoïdes et ne présentent pas d'atypies du carcinome papillaire.

Le reste du parenchyme lobaire droit, le parenchyme lobaire gauche et le parenchyme isthmique présentent des vésicules de petite taille quiescentes.

Absence d'effraction capsulaire.

Absence d'embolie vasculaire.

### CONCLUSION :

Dystrophie thyroïdienne multi-nodulaire.

Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

**Dr. Hind ALATAWNA**

Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laleej Casa  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50