

## 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'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° W19-582107

56089

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12560 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATTOUG ISSAM

Date de naissance : 23/11/87

Adresse : AE4 Res. nouaceu Pmc, nouaceu

Casablanca

Tél. : 0645719131 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : CHAYATE Ouhacine Age : 30

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

Nature de la maladie : 222

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 : 18/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

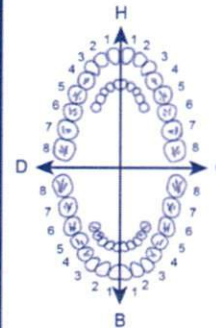


[illegible][illegible]

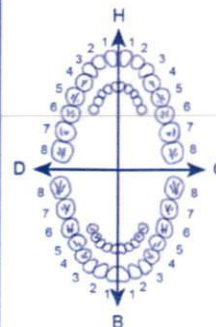
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
	06/12/21	200 DH

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

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Yaëlle Zafrani

## Cabinet de chirurgie gynécologique

Spécialiste en cancérologie du sein et du pelvis

Spécialiste en chirurgie de l'endométriose

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France  
Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy à PARIS  
Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon  
Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille  
Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon  
Ancienne externe de l'hôpital Necker à PARIS

الدكتورة زفراني يائيل

Dr Yaëlle

Casablanca le: 04/01/2020

CUAIAE mohach

AMH

(Houmar Anti mullkara)

Dr. ZAFRANI Dina Yaëlle  
Gynécologue - Chirurgienne  
13 Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr) Résidence ILIAS  
Bourgogne 20050 - Casablanca  
Tél : 0522 430 430

S





# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : .....

Nom et prénom : ..... Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age : ..... CHAYATE

Référence : ..... Mahdine

Siège et nature du prélèvement : ..... 30 ans

Cytologie :

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

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : ..... Frottis (dépistage)

Radiographies : .....

Date : ..... Signature : .....

# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne  
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

## F A C T U R E

N° : 2101051222

Du : 05/01/2021

Nom patient : Mme CHAYATE MAHACINE

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
FROTTIS MONOCOUCHE	290	200,00
Total		200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**DEUX CENTS DIRHAMS**

Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, bd Ain Taoujtate N° 18 - 2ème Etage  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 77 85 48 Fax : 05 22 77 85 64

**DOCTEUR DINA YELLE ZAFRANI**  
**Gynécologie Médicale et Chirurgicale**

- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France
- Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy PARIS
- Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon
- Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille
- Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

2<sup>ème</sup> Copie  
Ne PAS  
19580

**الدكتورة زفراني يائل دينا**  
**الطب و جراحة أمراض النساء و التوليد**

- خريجة كلية الطب (ليل فرنسا)
- ممارسة سابقة بمعهد جوستاف روسو باريس
- رئيسة سابقة بعيادة المستشفى الجامعي ديجون
- مساعدة سابقة بمركز أوسكار لامبري (ليل)
- مساعدة سابقة بمركز جورج فرانسوا لوكليرك في ديجون

Casablanca, le 4 Janvier 2021

COMPTE -RENDU D'ECHOGRAPHIE PELVIENNE DE Mme CHAYATE Mahacine le 04/01/2021  
Indication: Douelurs pelviennes gauches? , endométriose connue, endométriome ovarien droit opéré il ya deux ans

Utérus: - Antéversé, mesurant 59X29 mm  
- myomètre: hétérogène, à contours réguliers  
-Endomètre: hypoéchogène, aspect en grain de café, mesurant 4,6 mm dans le fond utérin,

Ovaire droit: -mesurant 27X13 mm Folliculaire sans kyste

Ovaire gauche:-mesurant 29X16 mm Folliculaire sans kyste

Douglas:  
-libre

Conclusion: Echographie gynécologique sans particularité.

  
Dr. ZAFRANI DINA YELLE  
Gynécologie Médicale et Chirurgicale  
13, Bd Ain Taoujtate (face Clinique Badr) Résidence ILIAS  
Bourgogne 20050 - Casablanca  
Tél : 0522 430 430





مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون  
**LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE**

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme CHAYATE

MAHACINE

Age : 30 ans

Prescripteur : Dr. ZAFRANI YAELE

N° Anapath : 2101051222

Date réception : 05/01/2021

Nature du prélèvement : frottis cervicovaginal en monocouche

Renseignements cliniques : frottis de dépistage.

Casablanca, le 07/01/2021

**COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE**

**TECHNIQUE MONOCOUCHE :**

Qualité du frottis : optimale.

Diagnostic descriptif :

1) Evaluation hormonale :

Trophicité en rapport avec l'âge.

2) Microbiologie :

Inflammation légère à modérée avec polynucléaires plus ou moins altérés sans agent mycélien ou parasitaire identifiable. Flore de Doderlein + à ++.

3) Modifications réactionnelles :

Hémorragie + à ++. Métaplasie malpighienne mature. Noyaux nus de cytolysse + à ++.

4) Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires normales.

5) Cellules glandulaires :

Présence de cellules glandulaires endocervicales de morphologie régulière.

**CONCLUSION :**

Frottis cervical jonctionnel, hémorragique, et légèrement à modérément inflammatoire, sans signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr Benkiran Leïla

Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd Aïn Taoujtate N° 18 - 2ème Étage  
Bourgogne - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 85 48 Fax : 05 22 27 85 64

14, شارع عين توجطات - الطابق الثاني - رقم 18 - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.27.85.48 - الفاكس : 0522.27.85.64

14, Bd Aïn Taoujtate - 2<sup>e</sup> étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

E-mail : labpathologie.bourgogne@yahoo.fr