

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0015540

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : FLH40 Société : 60931

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARID FATIMA EZZOUIA

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 Nº M21-015540

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 : .....

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

### Reéducation :

- 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

N° P19- 061057  
C21041702

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7000 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FARID FATIMA ZAKHOURA

Date de naissance : 10-12-1965

Adresse : 122 BD D'ROTHSCHILD 75008 PARIS

Rue Allal Ben Abdellah

Tél. : 061407879 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2021

Nom et prénom du malade : FARID FATIMA ZAKHOURA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Afjetion gyn colpique

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 : CHAMPS ELYSÉES

Signature de l'adhérent(e) : FATIMA ZAKHOURA

Le : 16/02/2021

## RELEVE

## HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre Coefficient
-----------------	------------------	--------------------

Montant détaillé des Honoraires
---------------------------------

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
--

16/12/21  
Dr. Nabil KANAL ID 1234567890  
Cabinet dentaire Dr. Nabil KANAL  
Tunisie, Bouskoura, 7 Avenue de la Goulette  
Bougiba, 1000 Tunisie  
Téléphone : 06 22 20 28 67  
Fax : 052 92 71 12

20000

30000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
--

Date
------

Montant de la Facture
-----------------------

16/12/21

140,6

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue
---

Date
------

Désignation des Coefficients
------------------------------

Montant des Honoraires
------------------------

17/12/21

120

200

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien
----------------------------------

Date des Soins
----------------

Nombre
--------

A M	P C	I M	I V
-----	-----	-----	-----

Montant détaillé des Honoraires
---------------------------------

VOLET ADHERENT

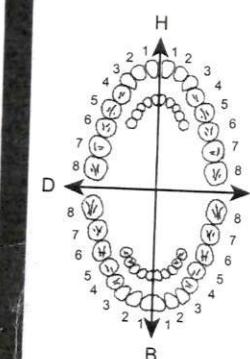
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

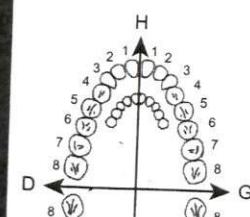
## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	----------------	------------------	-------------

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRESDETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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



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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

# Dr. Nabil KAMAL IDRISI

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE RENÉ DESCARTES PARIS V  
ANCIEN INTERNE ET ASSISTANT SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX DE PARIS  
ANCIEN PRATICIEN ATTACHÉ À L'HÔPITAL  
DE ROTHSCHILD ET TROUSSEAU À PARIS  
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - ACCOUCHEMENTS  
HYSTEROSCOPE - COELIOSCOPE - COLPOSCOPE  
STRÉRILITÉ DU COUPLE - FÉCONDATION IN VITRO - ECHOGRAPHIE  
MALADIE DU SEIN - URODYNAMIQUE



الدكتور نبيل كمال الإدريسي

جراح اختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
خريج كلية الطب بباريس

الجراحة النسائية - الشخص والجراحة بالمنظار  
أمراض الثدي - الشخص بالصدى  
العمق والإخصاب الصناعي  
الاختبارات المركبة للتبول

٢٤/٥/٢١

Mme FARID FATIMA

70,30

(70,30 - x2)

Gyno PEARL

70,30



3 suivantes à deux mois

90/1





# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr :

Dr Nabil KAMAL IDRISI  
Chirurgien Gynécologue - Accoucheur  
Tél : 0522.29.75.32

Nom et prénom du patient :

MAARIF fatma eggah 22

Age :

55 ans

Date de prélèvement :

16/02/21

Renseignements cliniques et paracliniques :

F.C.V Depuis 8 mois

Siège du prélèvement :

Nature de l'acte réalisé :

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Biopsie antérieure : Oui

Non

Si oui , rappeler la référence, SVP :

Pour F.CV et Biopsie endométriale à visée hormonale :

-Date des dernières règles

Menjan Jel

-Parité

-Thérapeutique antérieure ou en cours

-Durée du cycle

FCV : Vagin  Exocol  Endocol

- CBE : Endomètre

Signature et Cachez  
Dr. Nabil KAMAL IDRISI  
Chirurgien Gynécologue - Accoucheur  
Tél : 0522 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28  
38, Bd Bir Anzarane ( Angle rue Morvan ) – 5ème étage Appt 9 Maârif – Casablanca Tél. : 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

**Dr Réda MISSOURY**

*Anatomocytopathologiste*

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles  
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux  
de Toulouse

Casablanca, le 17/02/2021

Nom & Prénom : FARID FATIMA EZZAHRA

N° d'examen : **C21041702**

## FACTURE N° FA21000700

### Nature du prélèvement

### Montant TTC

FCV monocouche. 200,00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

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

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

Dr. MISSOURY Réda  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane Sétif El Oued Appt. 9  
Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 98 471 - 0522 23 81 10  
Fax : 0522 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760

05 22 98 74 28 / 05 22 23 81 10 / 05 22 98 64 71 ، شارع بئر أنزاران، الطابق الخامس الشقة 9 المعارييف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 74 28 / الفاكس:

28 Bd Bir Anzarane ( Angle rue Morvan ) – 5ème étage Appt 9 Maârif – Casablanca Tél. : 05 22 98 64 71 / 05 22 23 81 10 / Fax : 05 22 98 74 28



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

## Dr Réda MISSOURY

### Anatomocytopathologiste

Docteur de l'Université Libre de Bruxelles  
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux  
de Toulouse

Date de réception : 17/02/2021

N° d'examen : C21041702

Date de réponse : 18/02/2021

Nom et Prénom : Mme FARID FATIMA

Sexe : F

EZZAHRA

Age : 55 ans

Médecin traitant : Dr. KAMAL IDRISI

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques : FCV monocouche.

## COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné après cytocentrifugation et étalement, montre un fond ponctué de polynucléaires neutrophiles, débris cellulaires et histiocytes. Sur ce fond, présence d'une population de moyenne abondance de cellules malpighiennes de type intermédiaire, mais surtout basal et parabasal. Ces cellules sont le siège d'altérations cytonucléaires de type réactionnel, avec des cellules à cytoplasme pseudo vacuolaire, des cellules binucléées, et de rares cellules dyskératosiques. A ces cellules se mêlent de rares cellules endocervicales isolées, régulières.

### CONCLUSION :

- Frottis atrophique.
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9  
Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10  
Fax : 0522 98 74 28

Mo Fathia Fatma Elzahr

**Dr. Nabil KAMAL IDRISI**  
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN

N° DOSSIER :

306

Compte rendu d'échographie : gynécologie et 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse

INDICATION DE L'ECHOGRAPHIE

Gynécologie	1 <sup>er</sup> trimestre de grossesse		
<input type="checkbox"/> Ménorragies <input type="checkbox"/> Mérorragies <input type="checkbox"/> Méno-mérorragies  <input type="checkbox"/> Autre :	<input checked="" type="checkbox"/> Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> Douleurs lombaires <input type="checkbox"/> Syndrome fébrile	<input type="checkbox"/> Diagnostic de G <input type="checkbox"/> Contrôle d'évolutivité <input type="checkbox"/> Suspicion de FCS <input type="checkbox"/> Suspicion de GEU	<input type="checkbox"/> Mérorragies <input type="checkbox"/> fièvre

DDR : ....

DG : .....

RESULTAT

Utérus

- position
- mensurations
- aspect du myomètre
- aspect de l'endomètre
- col
- grossesse intra utérine
  - ovulaire :

antéversé

68,5 x 47,9

rétroussé

homogène

antéfléchi

ligne de vacuité

fibromes :

longueur :

épaisseur :

LCC :

BIP :

vésicule vitelline :

F :

hématome :

activité cardiaque :

nuque :

âge gestationnel : ..... SA

date de grossesse : .....

- grossesse extra utérine :
- grossesse gémellaire :
- autre :

Annexes

- gauche :
- droite :

Epanchement

CONCLUSION

utérus myomateux avec un myome postérieur  
fundique mesurant 29,7 x 24,5  
L'endomètre est fin, mesurant 2,2  
les os sont normaux

Voluson™  
PB  
FARID, FatimaEzzahra \*  
VP8001704-21-02-16-5

Dr NABIL KAMAL IDRISI  
16.02.2021 16:28:52

Tls 0.2 RIC5-9A-RS  
Tlb 0.2 GYN  
MI 1.2 7.0cm / 1.2



1 D 6.85cm  
2 D 4.19cm

Voluson™  
PB  
FARID, FatimaEzzahra \*  
VP8001704-21-02-16-5

Dr NABIL KAMAL IDRISI  
16.02.2021 16:28:15

Tls 0.2 RIC5-9A-RS  
Tlb 0.2 GYN  
MI 1.2 7.0cm / 1.2



1 D 2.64cm  
2 D 3.41cm

Voluson™  
PB  
FARID, FatimaEzzahra \*

VP8001704-21-02-16-5

Dr NABIL KAMAL IDRISI  
16.02.2021 16:30:05

Tls 0.2  
Tlb 0.2  
MI 1.1  
RIC5-9A-RS  
GYN  
7.0cm / 1.3



Voluson™  
PB  
FARID, FatimaEzzahra \*

VP8001704-21-02-16-5

Dr NABIL KAMAL IDRISI  
16.02.2021 16:29:51

Tls 0.2  
Tlb 0.2  
MI 1.1  
RIC5-9A-RS  
GYN  
7.0cm / 1.3



Voluson™  
PB  
FARID, FatimaEzzahra \*

VP8001704-21-02-16-5

Dr NABIL KAMAL IDRISI  
16.02.2021 16:29:05

Tls 0.2  
Tlb 0.2  
MI 1.2  
RIC5-9A-RS  
GYN  
7.0cm / 1.2

