

# 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.

## Diagnostique 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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 062639

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Mohamed

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : lotissement Zahra Rue 8 n°1 An 400k

Casablanca

Tél. : 0667164605

Total des frais engagés : 300,-

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOUGAGH Nassera

Age : 07.01.99

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 : Casa

Le : 28/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
24/02/2021	P1273	309/0046	 Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques 2 Mars 2021 Hôpital El Moudjahid Algérie Tél: 05 22 82 74 00
INPE: 091227082			

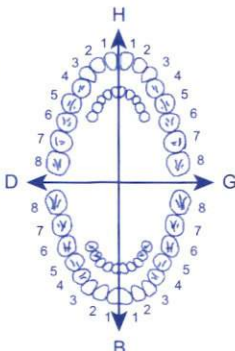
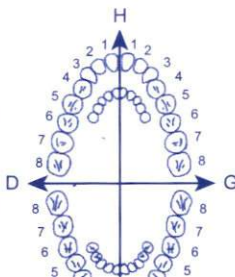
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						3.

## 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'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

# Laboratoire d'Anatomie Et de Cytologie Pathologiques

2 Mars Sounna

Dr NAOUMI Sanâa

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine

Et de Pharmacie de Casablanca



د.نعومي سناء

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد

Tél / Fax : 05 22 82 74 88

E-mail : lpathologie2marssounna@gmail.com

## Demande D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATOLOGIQUE

De la part du Dr : Dr. Sanaa Naoum

Nom et Prénom du Patient : ZOUAGA NASSERA

Age : 62 ans

Date du prélèvement : 24/02/2021

Nature du prélevement : Biopsie ☐ Biopsie Exerese ☐ Pièce Opératoire ☐ Cytologie ☐

Siège du prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques : FCV

Antécédents :

Pour F C V et biopsie endométriale à visée hormonale :

Date des dernières règles :

Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Durée dy cycle :

Frottis conventionnèl Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

Frottis monocouche ☐

CBE ☐

Cachet et Signature du médecin :

2 مارس حي المسجد زنقة ب رقم 453 (أمام مسجد السنة)

Bd 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm 453 Casablanca (en face Mosquée Sounna)



## Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques 2 Mars Sounna

مختبر التشريح المرضي 2 مارس - السنة

Date de prélèvement : 24/02/2021  
Date de réponse : 25/02/2021  
Sexe : F  
Age : 62 ans

Réf. : C2102-2405  
Nom du patient : NASSERA ZOUGAGH  
Date de réception : 24/02/2021  
Préscripteur : /

### NATURE DU PRELEVEMENT

FROTTIS MONOCOUCHE+ PRELEVEMENT

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Frottis vaginal . ATCD d'hystérectomie .

L'examen cytologique du prélèvement examiné , après cyto centrifugation et étalement , montre un fond parsemé de polynucléaires neutrophiles et de lymphocytes renfermant une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel intermédiaire et parabasal régulières . Les rapports nucléocytoplasmiques sont conservés . Il n'est pas vu de koilocyte ni d'agent pathogène .

### **Conclusion :**

- Frottis discrètement inflammatoire .
- Pas vu de cellules néoplasiques .

Dr. NAOUIMI Sanâa  
Médecin Spécialiste en Anatomie  
Pathologique et Cytologie  
24 Mars 194, El Hanaïr 153 Casablanca

# Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques 2 Mars Sounna

## FACTURE

REF : FA210214

Casablanca, le 09/03/2021

Date de facturation 25 / 02 / 2021  
Médecin traitant  
Patient NASSERA ZOUGAGH - 004228  
Demande 2102-2405 - 24/02/2021

### Liste des examens

FROTTIS MONOCOUCHE+ PRELEVEMENT

A Payer 300,00 Dhs  
coefficient-P 273

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Laboratoire d'Anatomie  
et de Cytologie Pathologiques  
2 Mars Sounna  
Av. 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm. 453 Casa  
Tél./Fax : 05 22 82 74 88