

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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.

Déclaration de Maladie



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

N° W21-630262

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

3465

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KACHT YAMNA

Date de naissance :

1959

Adresse :

N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR

Tél. :

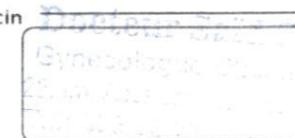
06 6217 07 48

Total des frais engagés :

800,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

05/05/2021

Nom et prénom du malade :

KACHT YAMNA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection gynécologique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/05/2021



Signature de l'adhérent(e)

Signature de

RELEVE 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
05/05/2021	adou		35,00 Dhs	INP : 041125964
05/05/2021	ed		15,00 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE ET DE CYTOLOGIE SOUS N° 36, 4ème Etage 1mm. 11/05/2021 AV. Hassan II - AGADIR Tel/Fax : 05 28 84 20 96 / 06 65 38 01 18 laboratoire.pathologie.sous@gmail.com	273	300,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مختبر التشريح المرضي سوس

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES SOUSS
د. عادل قاموس

الدكتور وديع قاموس

Dr. OUADIE QAMOUSS

- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaires
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-pompidou
- Diplômé en néphropathologie de l'université Paris XI
- خريج كلية الطب والصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخل مستشفيات باريس سابقا
- اخصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du DR. :

- Mr, Mme, Melle, Enf : *Dr. Dr. Dr.*
- Age : *62 ans* Date du prélèvement : *5/5/2011*

HITOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE

- Organe :
 - Nombre du prélèvement :
- CYTOLOGIE :**
- Organe :
 - Nombre du prélèvement :

- * FCV : Vagin Exo Endo Couche - Mince
- Date des derniers règles :
- Mode de contraception :
- Traitement récent :
- * Autres cytologies :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

- *Lentille*
- *Echo. Mamme et cervix* *5-38x6.3*
- *necessite* *238x3.5*

QUESTIONS :

- *Gynécologue Chasteler* *22 45 45 22 53*
- *Tel: 028 84 20 96 / 08 08 42 63 97 / 06 75 30 20 38 - Fax : 05 28 84 38 41 - E-mail: laboratoire.pathologie.souss@gmail.com*

LABORATOIRE D'ANATOMIE
ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES SOUSS
N° 36, 4^{ème} étage, Immeuble IFRANE 3
Av. Hassan II, Agadir
Tél/Fax : 05 28 84 20 96 / 08 08 42 63 97
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com



الدكتور و ديع قاموس
Dr. OUADIE QAMOUSS

مخابر التشريح المرضي سوسة
LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES SOUSS
الدار البيضاء - المغرب - تلفون: 05 28 84 20 96

- Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
- Ex Médecin Commandant des Hôpitaux d'instruction militaire
- Ancien interne des hôpitaux de Paris : Hôpital Necker et Hôpital européen Georges-Pompidou
- Diplômé en néphropathologie de l'université Paris XI

- خريج كلية الطب و الصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي في مستشفيات باريس سابقا
- اختصاصي في التشريح المرضي لأمراض الكلى جامعة باريس XI

Date de réception : 05/05/2021 N° d'examen : C21250505
 Date de réponse : 06/05/2021 Nom et Prénom : KACHT YAMNA
 Sexe : F Médecin traitant : Dr. SBAI Said
 Âge : 61 ans

- Histopathologie

- Cytopathologie
Conventionnelle et en milieu liquide

- Examen extemporané

- Cytoponction d'organe

- Immuno-histochimie

- Immunofluorescence rénale et cutanée

- Néphropathologie

- Colposcopie

Nature du prélèvement : FC en milieu liquide.

Renseignements cliniques : - Echographie: masse endocavitaire de 36x63mm nécessitant un curetage biopsique. - FCU de dépistage.

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné en milieu liquide après cytocentrifugation et également intéressé une majorité de cellules intermédiaires et des cellules superficielles, la cytolysé est discrète, les polynucléaires et histiocytes sont en nombre modéré, présence d'amas palissadiques ou de pseudo-rosettes de cellules glandulaires atypiques aux noyaux densifiés et nucléolés.

CONCLUSION :

Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie sans autre précision (NOS) de la classification BETHESDA 2014.

Signé : Dr. QAMOUSS OUADIE

L'ABORATOIRE D'ANATOMIE
ET DE CYTOLOGIE SOUSS
N° 36, 4^{ème} Etage, Immeuble IFRANE 3
Avenue HASSAN II - AGADIR
Téléphone : 05 28 84 20 96 / 06 75 30 20 38 - Fax : 05 28 84 38 41 - E-mail: laboratoire.pathologie.souss@gmail.com



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES SOUSS

مختبر التشريح المرضي سوس

FACTURE

REF : 21/2740

Agadir, le 05 / 05 / 2021

Date de facturation 01 / 06 / 2021
Patient KACHT YAMNA - 019573
Demande C21250505 - 05/05/2021

Liste des examens

	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 SOUSS
N° 36, 4ème Etage Immeuble FRANE 3
Av. Hassan II - AGADIR
Tél./Fax : 05 28 84 20 96 / 06 66 38 04 38
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

N° 36, 4ème Etage, Immeuble FRANE 3 Avenue Hassan II - Agadir Fax : 05 28 84 38 41

Tél. 05 28 84 20 96 / 08 08 42 63 97 / 06 75 30 20 38 E-mail : laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

IF : 15257251

INPE : 101106169

ICE : 001653378000037

DOCTEUR SAID SBAI

**GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
ACCOUCHEMENT
ECHOGRAPHIE
MALADIES DES SEINS
STERILITE**

**Diplômé de la faculté de médecine
Grenoble «France »**

NOTE D'HONORAIRE

05/05/2021

MME KACHT YAMNA

MONTANT ECHO 350 DHS + CS 150 DHS

22 IMM ASSALAM AVENUE CHEIKH SAADI TALBORJT AGADIR
TELE +FAX 05 28 82 72 56 ICE 001601103000015

Docteur Said Sbai
Gynécologue et Obstétricien
22 Imm Assalam Avenue Cheikh Saadi
05 28 82 72 56 ICE 001601103000015

Nom : KACHT

Prénom : Yamna

Date : 05 mai 2021

D.D.R :

Jour du Cycle: ?

Indication : Douleur pelvienne

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE

VESSIE : Transonniue , normale

UTERUS

Position : Anteversé , anteflechi

Contours : Réguliers

Echostructure :Homogéne

Cavité Uterine : Présence d'une formation echogéne

Endomètre : Hypertrophique

Dimensions : Augmentées

OVAIRES

Droit : Normal

Gauche :Normal

TROMPES

Droite :RAS

Gauche :RAS

DOUGLASS :Libre

CONCLUSION :

MASSE ENDOCAVITAIRE DE 36MM*63 MM NECESSITANT UN CB

Docteur Saïd Billal
Gynécologue Obstétricien
21, lm. Assalam Av. Cheikh Saïdi
Tunis 32000 - Tunisie - ASADIR