

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-630262

pas
couvert

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3465

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KACHT YAMNA

Date de naissance :

1959

Adresse :

N° 2 RUE 962 SALAM ABADIR

Tél. :

06 6277 0748

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) :

Agadir

Le : 05/05/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-630262

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 :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 05/05/2021 | odont | | 35,00 | INP : 041125984 |
| 05/05/2021 | odont | | 15,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE SOUSS N° 36 - 4ème Etage Imm. Iran 3 Av. Hassan II - ARADIR Tél./Fax : 05 28 84 20 06 / 05 28 84 20 07 laboratoire.pathologie.sousse@gmail.com | 05/05/2021 | 2,273 | 300,00 DM |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مختبر التشريح المرضي سووس

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES SOUSS

ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ ⓧⓂⓈ

الدكتور وديع قاموس
Dr. OUADIE QAMOISS

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

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du DR. :

- Mr, Mme, Melle, Enft : 1/15 ANT 7/157 N/A
- 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 :

Le...
Edo. Mme eGen. Linn 5-36x63
necrosant CB

QUESTIONS :

EXAMEN ANT (Réf) :

LABORATOIRE D'ANATOMIE
ET DE CYTOLOGIE SOUSS
N° 36, 4^{ème} Etage, Immeuble IFRANE 3
Avenue HASSAN II - Agadir
Tél/Fax : 05 28 84 20 96 / 05 28 84 38 41
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com



مختبر التشريح المرضي سوس
LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES SOUSS
ⵍⵉⵎⵓⵔ ⵉⵎⵓⵔ ⵉⵎⵓⵔ ⵉⵎⵓⵔ

الدكتور و ديع قاموس
Dr. OUADIE QAMOUISS

- 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 néphrologie de l'université Paris XI

- خريج كلية الطب و الصيدلة محمد الخامس بالرباط
- ضابط طبيب بالمستشفيات العسكرية الدراسية سابقا
- طبيب داخلي بمستشفيات 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
réale et cutanée

- Néphrologie

- 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 cyto centrifugation et étalement intéresse une majorité de cellules intermédiaires et des cellules superficielles, la cytolysse 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. QAMOUISS OUADIE


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



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 Imm. Ifrane 3
Av. Hassan II - AGADIR
Tél./Fax : 05 28 84 20 96 / 06 66 38 94 38
laboratoire.pathologie.souss@gmail.com

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 Obstétricien
22, Im Assalam Agadir
Tél : 05 28 82 72 56

Nom : KACHT

Prénom : Yamna

Date : 05 mai 2021

D.D.R :

Jour du Cycle: ?

Indication : Douleur pelvienne

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE

VESSIE : Transonnique , normale

UTERUS

Position : Anteversé , anteflechi

Contours : Réguliers

Echostructure : Homogène

Cavité Uterine : Présence d'une formation echogène

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 Said Badi
Gynécologue Obstétricien
23. Im. Assalam Av. Choukri Saoudi
Tel: 325 90 20 60 - ASADIR