

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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, parodontologie 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.

Biologie 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° P19-0026147

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0009207

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ARCHE CHANA (Veuve LAHMINE ABDELILAH)

Date de naissance : 07/06/1959

Adresse : Morocco 07 N = 48 Hay HASSANI

Tél. : 06 77 68 86 55 Total des frais engagés : 450 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sonia KADIRI
Médecin Gynécologue-Généraliste
68, Résidence Firdaous GH. 7 Esg. RD
Appt. N°1 Oufia Hay Hassani - Casa
Tél: 05 22 91 60 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/7/2021

Nom et prénom du malade : ARCHE CHANA Age : 62 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Neo du sein gauche

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 fournis 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) :



[illegible]

CAJON

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. Soumia KADRI
Médecin Gynécologue-Obstétricienne
38, Résidence Financière - Casbah
App. N°1 Oulfa Hay Hassani - Casbah
Tél. 05 22 91 60 11

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p> </p>	16/02/21	ph09	450,00

Cachet et signature du
Laboratoire du Radiologue

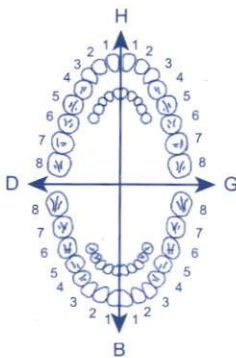
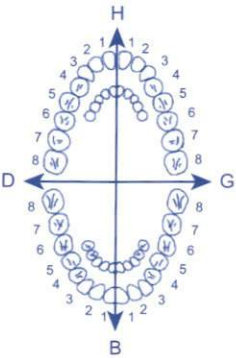
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

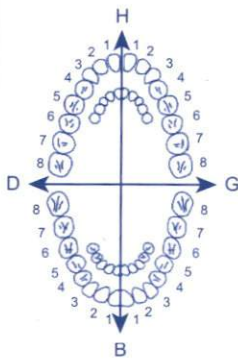
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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																	
	<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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	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

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

SOINS DENTAIRE	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

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

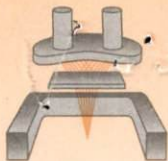
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. Bouqiane Naouia / OKADIRIS
Nom et Prénom du Patient Mme ARCHE CHAMA
Age 62 ans
Date du prélèvement 16/07/2021
Référence
Renseignements cliniques et paracliniques Masse BIRAD5,
50mm, centre nécrotique, pSI SG,
SEIN G
Siège du prélèvement MICROBIOPSIE
Nature du lacte réalisé
Thérapeutique préalablement instituée
Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐

Non ☒

Si oui, rappeler la référence, SVP

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DE CENTRE

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles
- Parité
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- Frottis conventionnel : CBE : ☐

Endomètre ☐

Signature et Cachet



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE DU CENTRE

Dr Nouhad BENKIRANE



Casablanca, le 19/07/21

Nom & Prénom : Mme ARCHE CHAMA
Sur ordonnance du : Dr BOUZIANE MOUNIA/Dr
KADIRI S
Réf. : 21H07414

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 16/07/21

Organe ou siège du prélèvement : sein gauche

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 62 ans

Masse BIRADS5, 50 mm, centre nécrosé, quadrant supéro
inférieur

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Reçu quatre carottes de 0,8cm à 1,2 cm, montrant à l'examen microscopique sur trois carottes un parenchyme mammaire infiltré par une prolifération carcinomateuse moyennement différenciée, faite de lobules de cellules néoplasiques arrondies ou cubiques, de grande taille, à cytoplasme éosinophile pale à noyau volumineux anisocaryotique parfois macronucléolé. L'index mitotique est estimé à cinq mitoses par dix champs.

Il n'est pas vu de composante in situ.

Conclusion : Microbiopsie mammaire gauche :

Aspect histopathologique d'un carcinome mammaire infiltrant, de type NOS,
de grade III de SBRm (différenciation 3, pléomorphisme2, mitose3).

L'étude des RH/Her2 et Ki67 sera réalisée à la demande.


Dr. D. LARAQUI
ANATOMOPATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
0522 22 51 31 / 0522 22 51 32
0522 22 51 33 / 0522 22 51 34

ESPACE ERREDA – 52, Bd Zerkouni – 3^{ème} étage, N° 25 – Casablanca – Tel :

0522.22.51.31/0522.22.51.34

Fax 05.22.22.50.90 Patiente N° 34206650 – TVA N° 819561 – CNSS N° 2364917 – ICE 000834360000045



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 20/07/2021

FACTURE N° : 21/07533

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

450,00 Dhs

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **16/07/2021**

Pour **ARCHE CHAMA**

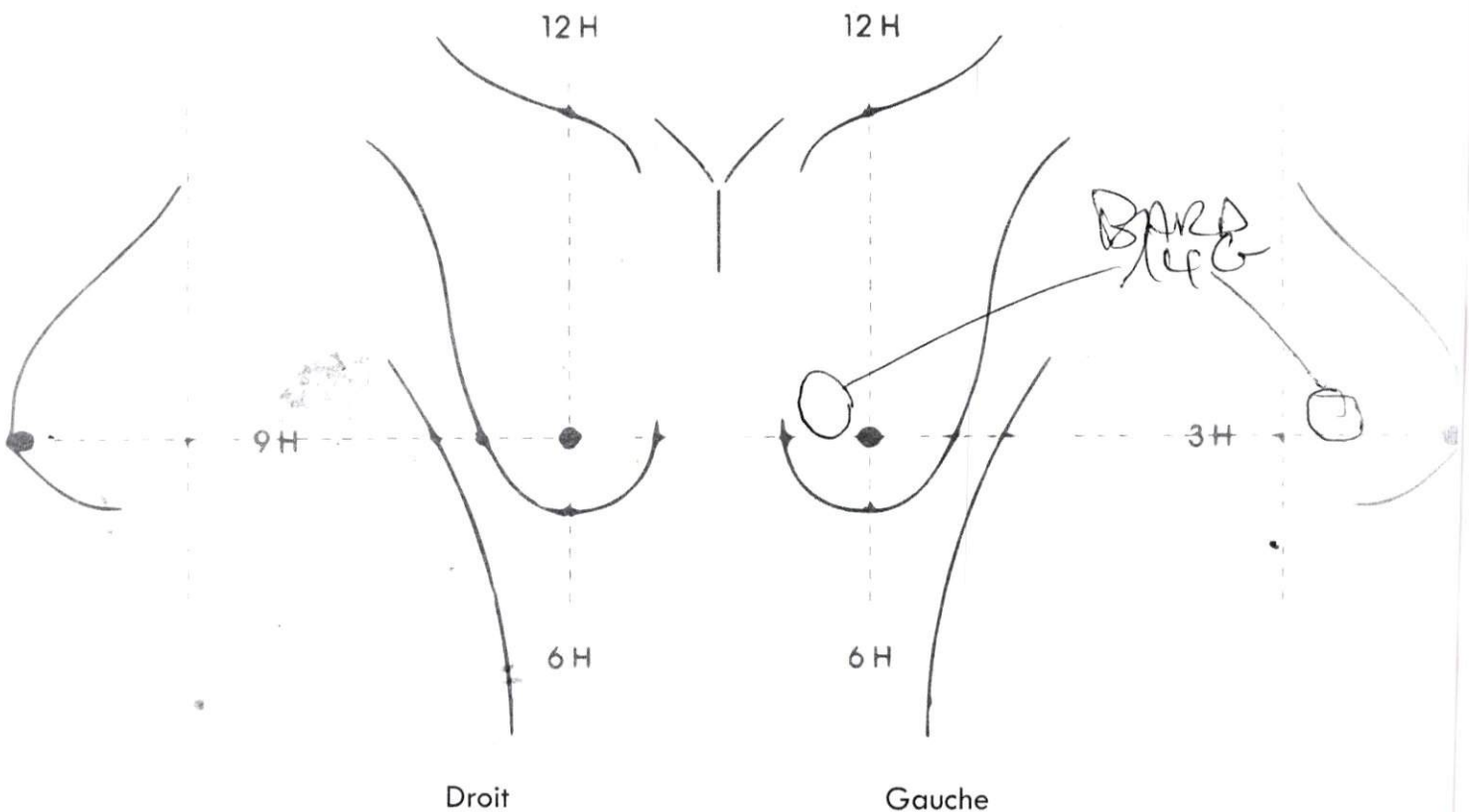
Sur ordonnance du : **Dr BOUZIANE MOUNIA//Dr KADIRI S**

**LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE**
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 22 51 31 / Fax: 0522 22 50 90

Imagerie du Sein

Mme : **ARCHE CHAMA**
 Radiologue : **Dr BENZIANE**

Date de Prélèvement : **16/07/2022**
 Laboratoire :



Renseignements : **Microbiopsie Echo-guidée**
- Masse QSI et latéro-aréolaire, 50mm, 300
BIRADS.
- Microbiopsie / BARD 14G

- 4 passages \Rightarrow 4 bonnes carottes
- Suites simples -
- Pansement occlusif et flage

Dr Bouziane M.

