

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-583991

38064

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2222 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AYOUC GHITA

Date de naissance : 10, DONATIS DE DAK, DAN BOUZZA

Adresse : 191 N°182

Tél. : 0662773872 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Maâzou Kelloum*  
Spécialiste en Gastroentérologie  
et Oncologie digestive  
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljorjani  
Mm. Aya, 1er étage, Appt N°3 - Maâj  
Tél. : 05 22 90 47 30 - INPE : 09.11.66.777

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : AYOUC H. GHITA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : EPIGASTRALGIE

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 : Cas Le : 15 JAN 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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 honoraires
14/12/2021	St	400	400 DH	

*Dr. M. Keltoum*  
*Spécialiste en Gynécologie*  
*et oncologie*  
*124 Bd. Bir Anzarane et Bir Anouar*  
*Imm. Ava, 1er étage, Appartement 101*  
*Tel: 05 22 99 47 30 - NPE: 09.3.1.00*

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

*PHARMACIE ELABIDINE*  
*Route d'Azemmour Km 11*  
*Dar Bouazza Casablanca*  
*Tel: 022 29 03 71*

14/12/2021      282,  
 15/12/2021      158,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

*LABORATOIRE DE RADIOLOGIE*  
*St. Boli*  
*Tel: 05 22 31 31 33 Fax: 05 22 31 31 34*

15/12/21      2409      410,50

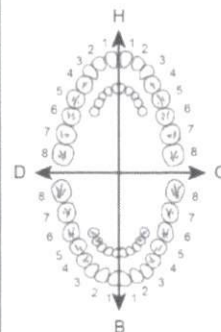
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

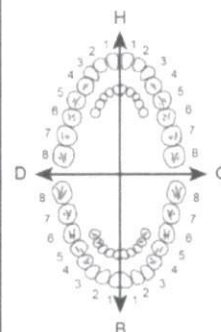
AM      PC      IM      IV

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



15/12/20  
Ayouch Othite

LOT: 0321033  
 PER: 01/2026  
 PV: 27.00 OH

21.0

1) Libmax

5.7

1mg

1/680

LOT: 0321033  
 PER: 01/2026  
 PV: 27.00 OH

27.00 x 3

2)

Alinai

5.7

gel x 2

apn 1/2

16.30

Dame 2000

5.7

1 amp / 1000

PPV: 56,30 OH  
 LOT: 21H24  
 EXP: 08/2013

Pdt 4.00

4

**PHARMACIE EL ABIDINE**  
 Route d'Azermaur Km 11  
 Dar Bouazza Casablanca  
 Tel: 022 29 03 71

T= 15830

Dame 2

LOT:21244 PER:09/2024  
PPV:21.00 DH



polyclinique **Atlas**  
ANFA

14/12/22

Coelio - Chirurgie  
Chirurgie générale  
Chirurgie de l'obésité  
Chirurgie carcinologique

Ayouch Othila.

112,80

1) pantogam 2el 40

1p 0 mali

40,40

2) meles pay

gel x 3

98,80

3) Neo forte 100

1 pyn x 2

**40 mg**

LOT : 200334  
PER : 05/2023  
PPV : 142,80 DH

**METEOSPASMYL®** B 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
EXP 06/2024  
LOT 160685



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. ....

Nom et Prénom du Patient ....

Age ....

Date du prélèvement ....

Référence ....

Renseignements cliniques et paracliniques ....

Siège du prélèvement ....

Nature de lacte réalisé ....

Thérapeutique préalablement instituée ....

Actes chirurgicaux antérieurs avec références ....

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP ....

**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 ☐

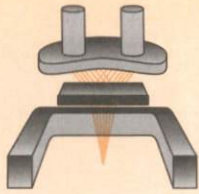
- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Signature et Cachet





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 16/12/21

Nom & Prénom : Mme AYOUC GHITA  
Sur ordonnance du : Dr MAAZOUZ K/Dr RADHI  
Réf. : 21H12401

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 15/12/21  
Organe ou siège du prélèvement : Estomac + duodénum  
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 39 ans  
Biopsie estomac : hélicobacter pylori ?  
Duodénum : atrophie

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Ce prélèvement est constitué de sept fragments biopsiques.

Quatre fragments correspondent à une muqueuse gastrique de type antro-fundique dont la composante épithéliale est bien différenciée de hauteur conservée et sans anomalie cytonucléaire. Le chorion est légèrement infiltré d'éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires, accompagnés d'un seul follicule lymphoïde à centre germinatif clair au niveau fundique.

La recherche d'hélicobacter pylori est négative.

Trois fragments correspondent à une muqueuse duodénale, aux structures épithéliales normales et à chorion légèrement inflammatoire.

Les villosités intestinales sont de hauteur respectée.

La lymphocytose intra-épithéliale ne dépasse pas 5%.

Conclusion : - Gastrite antro-fundique chronique folliculaire légère (+) non atrophique sans signe d'activité sans hélicobacter pylori (-).

Absence de signe de dysplasie ou de métaplasie intestinale.

- Muqueuse duodénale normale sans signe d'atrophie.

Pas de malignité.

Dr L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO - PATHOLOGIE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél : 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34  
Fax : 05.22.22.50.90