

# 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, 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.

## 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](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° P19-0044869

205285

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Jamal EL Arab Lahsen

Date de naissance : 1953

Adresse : 56 Bd Abderrahim Bouabid  
Hay Erraha Casablanca

Tél. : 06 55 59 08 37 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KARAOUI Bouchra  
Gynécologue Obstétricienne  
2, Bd. Omar El Khatib  
Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : A. El Arabi Age :

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 : Casablanca

Le : 23 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Jamal



# 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
04 FEB 2022	CS		300,00	Dr. KARAOUI BOUCHRA Gynécologue Obstétricienne 22 Bd. Omar El Khayam Tel: 057 13 2 21 15 44 0577

## 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

07/02/22 PUS			32
11/02/22 V3 + Z32			1100,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# 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

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**Docteur Bouchra KARAOUI**

**Gynécologue - Obstétricienne**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris

Sérilité du couple - accouchement  
chirurgie gynécologique - Coeliochirurgie  
maladie du sein - Echographie



**الدكتورة بشرى قراوي**

إختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ملحقه وطبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

عقم الزوجين - الولادة  
الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار  
أمراض الثدي - الفحص بالصدى

04 FEB 2022

Casablanca, Le

الدار البيضاء في



Abderrahmane Amghar

fa

Amogh Still  
Chloé

**Dr. KARAOUI Bouchra**  
Gynécologue Obstétricienne  
22, Bd. Omar El Khayam  
Tél: 05 22 98 30 35 / 05 22 98 21 20



RIA P



# 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 l'acte 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 ☐

Exoco

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Dr. KARAOUI Bouchra  
Gynécologue Obstétricienne  
22, Bd. Omar El Khayam  
Tél: 0522 35 60 00 Fax: 0522 35 60 01

Signature et Cachet

Date de l'examen : ..... 11/2/22 .....  
NOM: ..... ABDDAWI NATAT .....  
Date de naissance ou Age : ..... 369 .....  
Médecin traitant : .....

Date des dernières règles : ..... ✓ .....  
Nbre d'enfants : ..... 3 .....  
.....

Ménopause :      Oui ☒      Non ☐

Traitement hormonal (traitement de la ménopause)    Oui ☐... M

ATCD personnel du maladie du sein : ..... RAS .....  
.....

ATCD FM de cancer du sein :    Non ☒      Oui ☐

Degré de parentés : .....

Mammographie antérieure : non ☒ oui ☐ date : .....

### **Réserve aux médecins**

Clinique :    Nodule ☐      Autre :  
                 Mastodynie ☐  
                 Ecoulement ☐

Mammo remarque .....  
.....  
.....

Fin du traitement      .... / / .....



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 11/02/2022

FACTURE N° : FA:00 1605/22  
Nom : ABDDAINI NAJAT

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 100,00 Dhs

**MILLE CENT DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	300,00 Dhs
MAMMO-TOMOSYNTHÈSE	800,00 Dhs

Total de : 1 100,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
Tél: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
e-mail : roudani.crr@gmail.com

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalisé(s)

ABDDAINI NAJAT  
DR KARAOUI BOUCHRA  
MAMMO-TOMOSYNTHESE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

**RC :** 53 A / 3 P / Sans antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein.  
Examen de dépistage.

**Technique :** Examen réalisé par un appareil numérique direct type Hologic Selenia Dimensions avec tomosynthèse.

Trois incidences : faces, obliques et profils.

**Résultat :**

**Mammo-tomosynthèse :**

Seins de volume symétrique, denses et hétérogènes : type C.

Petites opacités rondes, à contours réguliers, de 4 mm du Q.I.E. droit et du Q.I.E. gauche au niveau de la région profonde mesurant 8 mm, évoquant des ganglions normaux..

Absence de masse ou de distorsion de l'architecture glandulaire.

On visualise des microcalcifications très fines éparses, sans caractère suspect.

Absence de regroupement suspect de microcalcifications.

Les revêtements cutanés sont fins et réguliers.

A noter la présence de ganglions liposcléreux, sans valeur pathologique.

**Echographie mammaire :**

Présence au niveau du Q.I.E. droit d'un kyste de 3, 4 mm, à paroi fine et régulière, à contenu transonore.

Petit ganglion intra-mammaire du Q.I.E. gauche de 2, 5 mm de petit axe.

Absence de zone d'atténuation du faisceau acoustique.

Absence d'adénopathie axillaire.

**Conclusion :**

Absence de lésion mammo-échographique d'allure suspecte notable au niveau des deux seins.

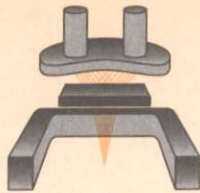
Examen classé ACR 2 à droite et à gauche de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Houria AMRANI MIKOU

Prière de conserver cet examen et de le ramener lors des prochains contrôles.





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 08/02/22

Nom & Prénom: Mme ABDDAIMI NAJAT  
Sur ordonnance du: Dr KARAOUI BOUCHRA  
Réf: 22C02090

Prélevé le 04/02/22 laboratoire le: 07/02/22  
Organe ou siège du prélèvement : Col utérin  
Renseignement(s) clinique(s): Age : 52 ans  
Frottis cervical

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : frottis cervical

### TECHNIQUE MONOCOUCHE

Qualité du frottis :

Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale :

Bonne trophicité

2. Microbiologie :

Inflammation minime sans parasite, ni spore ni filament mycélien

3. Modifications réactionnelles :

Pseudo halô périnucléaire

4. Cellules pavimenteuses :

Superficielles, intermédiaires et parabasales normales ou réactionnelles

5. Cellules glandulaires :

Nombreuses, cylindriques normales

### Conclusion:

- Frottis cervico-utérin discrètement inflammatoire.

- Absence de signe de dysplasie ou de néoplasie.

Dr L. LARAQUI

Pr. LAÏLA LARAQUI  
ANATOMOPATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél: 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34  
Fax: 05.22.22.50.90





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 09/02/2022

**FACTURE N° : 22/02322**

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 :

**320,00 Dhs**

**TROIS CENT VINGT DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **07/02/2022**

Pour **ABDDAIMI NAJAT**

Sur ordonnance du : **Dr KARAOUI BOUCHRA**

