

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0005073

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 423 Société : pa

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : 118649

Nom & Prénom : 118649

Date de naissance : 118649

Adresse : 118649

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0005073

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).

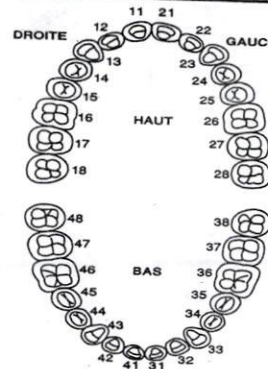
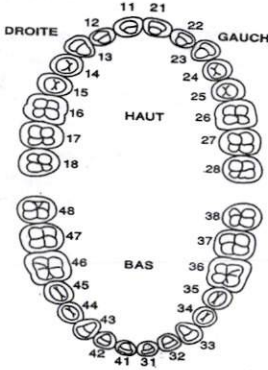
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																										
					Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
					Montant des soins <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
					Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
					Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;"></td> <td style="text-align: center; border: none;">H</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; width: 20px;"></td> <td style="border: none; width: 100px; text-align: right;">25533412</td> <td style="border: none; width: 1px; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; width: 100px; text-align: left;">21433552</td> <td style="border: none; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">D</td> <td style="border: none; text-align: right;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: right;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">00000000</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: right;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: left;">11433553</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>					H				25533412		21433552		D	00000000		00000000	G		00000000		00000000			35533411		11433553		Montant des soins <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		H																												
	25533412		21433552																											
D	00000000		00000000	G																										
	00000000		00000000																											
	35533411		11433553																											
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
					Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																												

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0015426	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



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

P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT

2092

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom		BEN HAYOUN Touria	
Fonction	sans	Phones	06 34 92 80 80
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
		BEN HAYOUN Touria	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	80 ans
Nature de la maladie		Date	17/5/22
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CD		CT	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		17/05/2022	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		21/05/22	
Pluog			
Montant détaillé des Honoraires		452.00	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			

Marrakech, le 17/03/22

Bern Hayoun Tawia.



123,60

2) Imexium 40mg cp

1 cp / 12 le matin à jeun.



54,70

2)

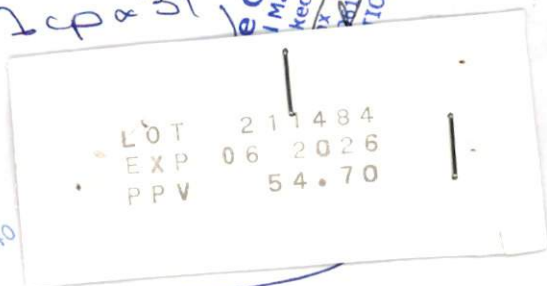
Mebeverine Fonten

1 cp x 31

Charaf
Manar 3
Marrakech
05 24 31 15 20



178,30



Dr. STAALI Wissal
Spécialiste en Gastro-Hépatologie
Entérologie et Proctologie
Marrakech - Tél : 05 24 30 40 40
Port : 06 62 15 15 20

صيدانة اليوسر
PHARMACIE AL YOUSSEF
Dr. Charaf N° 300
05 24 31 15 20



مصحة الشرف
CLINIQUE CHARAF

Marrakech, le 27/03/2022

Bern Hayouni Touria,

142,20

Fontrous Sachet



4 Sachets à Diluer
Dans 4 litres d'eau
à boire en 12 heures

Dr. Loti Wissal
Spécialiste en Gastro-Hépatologie
Généraliste et Proctologie
Marrakech - Tél : 05 24 30 40 40
Port : 06 62 15 15 20
Clinique Charaf
Quartier Charaf - Al Manar 3 - 40100
Marrakech
Tél : 05 24 299 330 - Fax : 05 24 31 01 10
06 69 506 027
06 78 84 56 76

PHARMACIE EL YOUSSEF
Dr. Farid EL YOUSSEF
Boulevard Hassan II - N° 300
Tél : 05 24 30 91 92

fortrans[®]

Composition :

Macrogol 4000*	64,000 g
Anhydrous sodium sulfate	5,700 g
Sodium bicarbonate	1,680 g
Sodium chloride	1,460 g
Potassium chloride	0,750 g
Excipient : sodium saccharin	

For one sachet of 73.690 g

* = P.E.G. 4000 = Polyethylene glycol 4000

Excipient with known effect : sodium

See the package leaflet for more information.

Pharmaceutical form :

Powder for oral solution in sachet.

Method and route of administration :

Oral route.

Dissolve the content of each sachet in one litre of water.

Shake until the powder has completely dissolved.

Read the package leaflet before use.

Keep out of the sight and reach of children



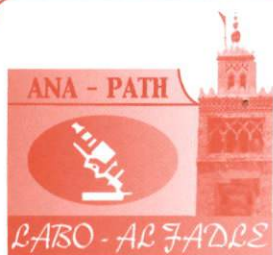
LOT : U11662

Exp : 05/2024

Authorized medicinal product n° 3400932886227

List I

No special condition for storage



LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

الدكتور عبد الواحد مارات

Docteur Abdelouahad MARRAT

طبيب متخصص في التشريح المرضي

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

مختبر «الفضل»

للتشريح المرضي

الدكتورة ابتسام ازرار التويطي

Docteur Ibtissam ZRARA-TOUITI

أستاذة في التشريح المرضي

Professeur en Anatomie Pathologie

REÇU LE : 21/05/2022

Répondu le : 25/05/2022

Siège du prélèvement : - COLON

Patient (e): BENHAYOUN TOURIA

Envoi du docteur : SMAILI

Référence : Bz22050417

Renseignements cliniques : 80 ans. Rectorragies avec à 40 cm de la MA un épaississement hémicirconférentiel, bourgeonnant par endroit, friable à la biopsie suspect.

COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Plusieurs fragments biopsiques sont reçus. Ils correspondent à l'examen microscopique une muqueuse de type colorectale bordée en surface un revêtement cubocylindrique ulcérée par endroit recouvert de matériel hématique et fibrinoleucocytaire abondant. Le chorion est œdémateux, congestif et infiltrée à ce niveau par des éléments inflammatoires mono et polynucléés avec des vaisseaux à paroi mince et endothélium turgescents et se disposant en bouquets en surface. Le par ailleurs il existe des glandes colorectales partiellement différenciées par endroits sans atypies cytonucléaires ni mitoses. Cette infiltrat inflammatoire dissocie la musculaire muqueuse ramené par endroits.

Il n'est pas observé de lésion granulomateuse tuberculoïde ni de nécrose caséuse ou de processus tumoral au niveau de ce prélèvement.

CONCLUSION

Muqueuse colorectale remaniée par une lésion inflammatoire aiguë et ulcérée avec processus réparateur à type de bourgeon charnu sans signes histologiques évidents de spécificité ou de malignité au niveau de ce prélèvement.

Dr. MARRAT

Dr. MARRAT Abdelouahed
Médecin Pathologiste

إقامة أميطاف ، شارع يعقوب المنصور (قرب فندق الكبير) الطابق الثاني شقة رقم 5 - مراكش

Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hotel El kabir) 2ème Etage Appt. N° 5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44 / 05 24 43 29 29 - Fax : 05 24 44 97 98 - E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma

LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Marrakech le, 21/05/2022

FACTURE : 00109/05/2022

NOM ET PRÉNOM	COEF	PRIX
BENHAYOUN TOURIA	P409	450

Arrêtée la présente facture à la somme de

quatre cent cinquante dirhams

LABORATOIRE AL FADLE
D'Anatomie Et Cytologie - Pathologique
SCP
Av. Yacoub Le Mansour, Résidence Amirat
Marrakech - TP : 45304577 - IF : 45879201

Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hôtel El Kabir) 2ème étage Appt. N°5 - Guéliz - Marrakech

Tél. : 05 24 44 82 44 - Fax : 05 24 44 97 98 E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma

N° Patente : 45132506 - IF : 40287208 - ICE : 002597622000056



LABORATOIRE "AL FADLE"

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

الدكتور عبد الواحد مرات

Docteur Abdelouahad MARRAT

طبيب متخصص في التشريح المرضي

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

مختبر «الفضل»

للتشريح المرضي

الدكتورة ابتسام ازرار التويتي

Docteur Ibtissam ZRARA-TOUITI

أستاذة في التشريح المرضي

Professeur en Anatomie Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du DR. :

- Mr, Mme, Melle, Enft :

- Age :

Dr. SMAILI Wissal
Spécialiste en Gastro-Hépatologie
Entérologie et Proctologie
Marrakech - Tél : 05 24 30 40 40
Port : 06 62 15 15 20

Benhayoun Tauria

Date du prélèvement :

HISTOLOGIE : BIOPSIE - PIECE OPERATOIRE :

- Organe :

Colon Gauche

- Nombre de Prélèvements :

CYTOLOGIE :

* FCV :

Vagin ☐

Exco ☐

Endo ☐

Couche - Mince ☐

- Date des dernières règles :

- Mode de contraception :

- Traitement récent :

* Autre cytologies :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

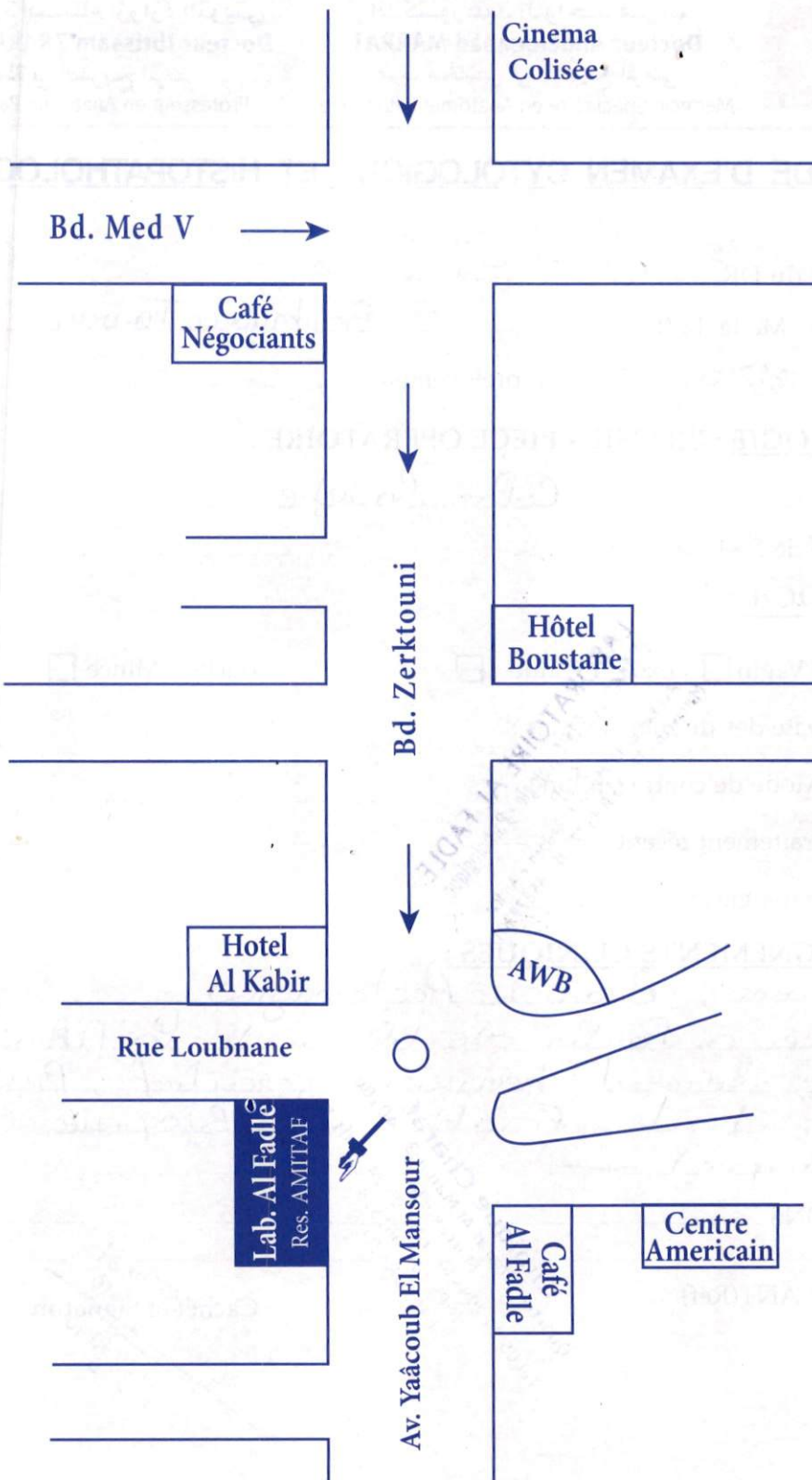
80 ans, Bilan de Rectonagies

Présence à partir de 10 cm de la NA d'un
épaississement hémicirculaire, Bourgeonnat
Par Endroit, Friable à la Biopsie
Suspect +++


QUESTIONS :

EXAMEN ANT(Réf) :

Cacher et Signature

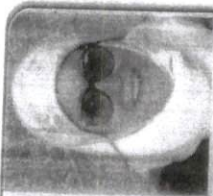


Cette carte est la propriété de Royal Air Maroc. Elle est strictement personnelle
et non cessible. Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires





الخطوط الملكية المغربية
royal air maroc



CARTE DE VEUVE

BEN HAYOUNE TOURIA
Vve BERRADA EL AZIZI KACEM

Matricule: 0000429