

# **COMMANDATIONS 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**

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

## **Declaration de Maladie**

N° W21-727483

132130

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 11037 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : AIT SAID AFAF

Nom & Prénom : AIT SAID AFAF

Date de naissance : 11/04/1976

Adresse : 052291 24 11

Tél. : 052291 24 11 Total des frais engagés : 1182,80

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. A. BERRANNOUN  
 Gynécologue Accoucheur  
 Diplômé de Paris V  
 39, Rue Omer Sjaoui Casablanca  
 Tél. : 0522 24 10 70-0522 47 29 5

Cachet du médecin : 05/08/2022

Date de consultation : 18/08/2022

Nom et prénom du malade : AIT SAID AFAF

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

Nature de la maladie : Affection Synologique

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :  Le :  /  /

Signature de l'adhérent(e) :



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
18.04.22	L2		200,-	INP: 094033282 <b>Dr. A. BERRANNOUN</b> Gynécologue Accoucheur Diplômé de Paris V 39, Rue Orni, Sidi el Casablanca Tél: 0522 29 70 70-0522 47 29 5
	+ Echo		300,-	

Dr. A. BERRANNOUN

Gynécologue Accoucheur

Diplôme de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca

Tél : 0522 20 70 70-0522 47.29.57

Tel: 0522 60 10 70-0522 67 29 5

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
19/01/22	382,80 €

1278722

382.80k


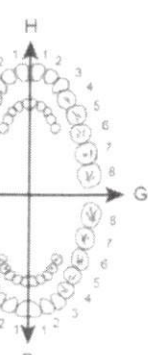
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE SCHEHERAZAD</b> 4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage 20140 - Casablanca Patente : 34206518 - I.F.: 41807041 CNSS: 2294015 - ICE: 0015024190000087	19/08/2	p245	3000H

19/08/22

p245

300014

[illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d															
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :											
				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														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: right;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;"><b>D</b></td> <td style="text-align: right;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: right;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>		<b>H</b>		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>H</b>														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	<b>D</b>	<b>G</b>													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	<b>B</b>														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

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 canalaire, ainsi que le bilan d

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins

Coefficient:

INP :                     

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

2553341

2 | 21433552

D

---

3553241

0	00000000
1	11433552

9

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique: nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

عيادة التوليد وأمراض النساء

# Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

18/08/2022

Casablanca, le .....

Lot :  
A consommer  
avant le :  
PPC : 79,90 DH

AIT SAID AFAF



- 39.90  
446  
849
- kalmacol  
1 Comprimé, matin, midi, soir
  - Duphaston 10 mg - comprimé pelliculé  
1 Comprimé, soir

de 16h au 25h de nuit

tu de 3h

- 380  
900
- Mycodermine 150 mg - ovule  
1 ovule, soir
  - REPADINA  
1 Ovule, soir

N° AMM :  
243/16 DMP/21/NRQ

LOT : 08122010  
PER : 06/2024  
PPV : 38,00 DH

**Repadina®**

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg  
10 ovules vaginaux

PPC : 90.00 DH



39, زقة عمر السلاوي, البيضاء - الهاتف : 06 61 32 11 38 / 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 29 40 70 / 05 22 47 29 57 / 06 61 32 11 38

E-mail : drsnoab@gmail.com



**LABORATOIRE SCHEHERAZAD .**

4, Bd Zerkouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 19/08/2022

**Facture N° 360463**

N° D'ANA-PATH 3DTH3F

NOM PRENOM

AIT SAID

AFAF

ADRESSE PAR :

DR BERRANNOUN

ORGANE

UTERUS-COL.

COTATION B

245

COTATION K:

TOTAL DH :

300

**LABORATOIRE SCHEHERAZAD**  
Cachet et signature :  
4, Boulevard Zerkouni - Etage  
20140 - Casablanca  
Patente : 34206518 - T.F.: 41807041  
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087





# مختبر شحهرزاد

## LABORATOIRE SCHEHERAZAD

### CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73 - شارع الزركطوني الطابق 5 - الدار البيضاء - E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

#### DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 18.08.22 ..... Référence N° : .....  
Médecin prescripteur : A. BERRANNOU ..... N° Tél : .....  
Nom du patient : ..... Prénom : Afaf .....  
Nom de jeune fille : Mme. AIT SAID ..... Date de naissance : 11.06.1976 .....  
Adresse : ..... N° Tél : .....

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extemporane ☐

Siège, organe ou tissus : .....

Examens antérieurs : .....

Renseignements cliniques & paracliniques : .....

Frottis de dépistage : Vagin ☒ Exocol ☒ Endocol ☒ Endomètre ☒

- Date des dernières règles : 12/8/22 .....

- Parité : 12 .....

- Traitement hormonal : A/c .....

- Test au Lugol : - A/c .....

Signature & Cacher

30TH3F m  
Dr. A. BERRANNOU  
Généraliste Accouchement  
Tél. 0522 22 69 88 / 89  
LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage  
Tél. 0522 22 69 88 / 89 - Fax : 05 22 47 55 73  
C.N.S. : 3294015 - I.C.E. : 0071502419000087

عيادة التوليد وأمراض النساء  
**Cabinet de Gynécologie Obstétrique**

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU

الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

**Note d'honoraires N° : 340**

A la suite de la consultation du 18.08.2022

Dr A. BERRANNOUN médecin spécialiste présente à M<sup>me</sup>

AIT SAID

Agaf

Domicilié(e)

Suivant l'usage, la note d'honoraires qui s'élève à la somme

de : 300 Dhs, réglée : ☒ Espèces, ☐ Chèque,

En vous souhaitant bonne réception.

Casablanca, le 03.08.2022  
Dr. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
9, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél : 0522 20 40 70 - 0522 47 29 57

39, زقة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 05 22 47 29 57 / 05 22 40 70  
39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 40 70 / 05 22 47 29 57

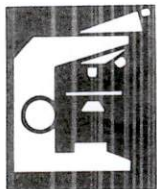
INPE : 091033282

INPE : 091116160

E-mail : drsnoab@gmail.com

Patente : 34200818 - IF : 1051255 - ICE : 001653085000091 - CNSS : 4498269





# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax : 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com - ICE : 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

**DR BERRANNOUN**  
Pour  
Mme AIT SAID AFAF

Age : 46 ANS  
Référence : 3DTH3F  
Parvenu : Le 19/08/2022  
Répondu : Le 20/08/2022  
Organe : UTERUS-COL.  
D.D.R. : 12-8-22;  
1P.  
Prélèvement intitulé exo et endocol.

### **- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -**

\*\*\*\*\*

#### MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin parvenu effectué en phase liquide, à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche.

#### QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est de qualité satisfaisante.

#### CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes.

#### CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- \* cellules malpighiennes exocervicales surtout intermédiaires
- \* cellules endocervicales d'aspect normal

#### FLORE MICROBIENNE

Flore mixte aspécifique.

#### **CONCLUSION:**

- Inflammation cervicale sans signe de spécificité ;
- Sub-atrophie ;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

Très confraternellement,  
**DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.**

Casablanca, le : 18 / 08 / 2022

## ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

AGE :

TECHNIQUE :

POSITION :

S :

Position : *A Vers*

Taille :

Long. :      Larg. :      Antéro-postérieur :

Contours : *Négligé*

Echostructure : *Hétérogène*

Endomètre : *fa*

UTERINE :

*en 1er de 1er*

DROIT :

Echostructure : *Négligé 11 fœtus 2/1*

CFA :

Taille :      :

GAUCHE :

Echostructure : *Négligé 2 fœtus 2/1*

CFA :

Taille :      :

AS :

LUSION :

