

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-718578

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6638

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ELKHALFI

ELMESTARHA

Date de naissance :

1962

Adresse :

CASA

Tél. :

0661066938

Total des frais engagés :

563,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/07/2022

Nom et prénom du malade :

ELKHALFI NAIMA Née ELHAYAOUI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

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 :

CASA

Le :

20/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

*et B. original  
copie résultat  
analyse*

*134341*



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
20	Actes		2.00	INF: 9160723
21	Actes		2.00	
22	Actes			
23	Actes			
24	Actes			
25	Actes			
26	Actes			
27	Actes			
28	Actes			
29	Actes			
30	Actes			
31	Actes			
32	Actes			
33	Actes			
34	Actes			
35	Actes			
36	Actes			
37	Actes			
38	Actes			
39	Actes			
40	Actes			
41	Actes			
42	Actes			
43	Actes			
44	Actes			
45	Actes			
46	Actes			
47	Actes			
48	Actes			
49	Actes			
50	Actes			
51	Actes			
52	Actes			
53	Actes			
54	Actes			
55	Actes			
56	Actes			
57	Actes			
58	Actes			
59	Actes			
60	Actes			
61	Actes			
62	Actes			
63	Actes			
64	Actes			
65	Actes			
66	Actes			
67	Actes			
68	Actes			
69	Actes			
70	Actes			
71	Actes			
72	Actes			
73	Actes			
74	Actes			
75	Actes			
76	Actes			
77	Actes			
78	Actes			
79	Actes			
80	Actes			
81	Actes			
82	Actes			
83	Actes			
84	Actes			
85	Actes			
86	Actes			
87	Actes			
88	Actes			
89	Actes			
90	Actes			
91	Actes			
92	Actes			
93	Actes			
94	Actes			
95	Actes			
96	Actes			
97	Actes			
98	Actes			
99	Actes			
100	Actes			

INP: 296472.

Dr. Elifirawss  
31 Boulevard  
(GR) 25 Avenue  
Tel/Fax: 05 22 96 11 01

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacie ou du fournisseur	Montant de la Facture
<p>ARMACIE D'ALGER Sofia NAJIB Sofia 2 Rue Hassan K. El Hana Casablanca Tél : 022.95.15.37</p>	<p>80107122 63.60</p>

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

20107122

63.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE SCHEHERAZAD</b> Boulevard Zerktouni 5ème Etage 20140 - Casablanca	21/10/22	p2u5	3000dh
Patente : 34200518 - I.F. : 41807041 CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000057			

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

**LABORATOIRE SCHEHERAZAD**  
Boulevard Zerktouni 5ème Etage  
20140 - Casablanca

Patente : 34206518 - I.F.: 41807041  
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000057

[illegible]

Date des Soins

Nombre

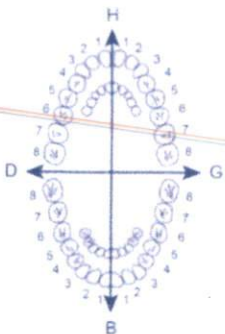
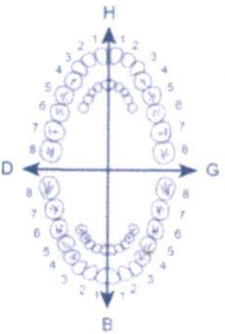
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

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:

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

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'EXECUTION



Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée de la faculté de Médecine  
de Strasbourg - France

Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

- Accouchement
- Echographie
- Stérilité de Couple
- Maladies des Seins
- Chirurgie Gynécologique

الدكتورة العباسي بركام حياة

إختصاصية في طب النساء والولادة

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي  
بستراسبورغ

- الولادة
- الفحص بالأمواف فوق الصوتية
- عقم الزوجين
- أمراض الثدي
- أمراض و جراحة الرحم

Casablanca

22/7/22

Khalfi Nassef

63.60

Cofortipine seule

maphar  
Km 10 route cotiere 111  
quartier moderne Zaita Ain Saida  
Casablanca - Maroc  
Cofortipine 10 mg Cof VAG BT20  
P.P.V. CDH80  
6 118001 180707

EXP Date  
MAY 2023  
Lot: 8963  
Lofraich

PHARMACIE DAR NAJME  
Lot: Sofia 2 Rue Hassan N  
Hay El Hana - Casablanca  
Tél: 022.95.15.57

Dr EL ABBASSI BERGAM Hayat  
Gynécologie Accouchement  
31 Bd Oum rabii, Gr El Firdaous  
2025  
05 22 90 11 01

Urgence : 06 61 43 83 26 مستعجلات





# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 21/07/2022

Facture N° 359604

N° D'ANA-PATH	8DTK3J
NOM PRENOM	EL KHALFI NAIMA
ADRESSE PAR :	DR EL ABBASSI BERGA
ORGANE	UTERUS-COL.
COTATION B	245
COTATION K:	2
TOTAL DH :	300

**LABORATOIRE SCHEHERAZAD**

4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage  
20140 - Casablanca

Patente : 34206518 - I.F.: 41807041  
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087





# مختبر شحرزاد

## 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 - الدار البيضاء - 5 الطابق - شارع الزركطوني 4  
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 : 20/12/22  
Médecin prescripteur : Dr. Khalik  
Nom du patient :  
Nom de jeune fille :  
Adresse :  
Référence N° : 8DTK35  
N° Tél :  
Prénom :  
Date de naissance :  
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 :  
- Parité :  
- Traitement hormonal :  
- Test au Lugol :

Signature & Cachet

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerkouni 5<sup>ème</sup> étage  
Casablanca  
Tél : 0522.22.69.88/89  
Fax : 05 22.47.55.73  
E-mail : labocasa2@gmail.com  
Patente : 3420063  
CNS : 2294015  
Dr. Schéherazad Hachchadi - AGHZADI  
Généraliste - Gynécologie - Accouchement  
31 Bd. oum radii, Gr. Mirach  
IGH 25 A Boukha Casablanca  
Signature & Cachet





# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bcd 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 BESANCON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

**DR EL ABBASSI BERGAM**

Pour  
**Mme EL KHALFI NAIMA**

**Age** : 51 ANS  
**Référence** : 8DTK3J  
**Parvenu** : Le 21/07/2022  
**Répondu** : Le 22/07/2022  
**Organe** : UTERUS-COL.  
D.D.R. : 04-2021 ;  
2G-2P.  
Col : SP.  
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 microscopiquement hémorragique.

#### 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 intermédiaires et parabasales réactionnelles et quelques cellules de type intermédiaire présentant un aspect koilocytaire..

\* cellules endocervicales subissant une métaplasie malpighienne complète ;

#### FLORE MICROBIENNE

Flore mixte.

#### **CONCLUSION:**

- Ectropion en métaplasie malpighienne complète avec quelques cellules d'allure koilocytaire :
- à contrôler par colposcopie;
- Sub-atrophie;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

**LABORATOIRE SCHEHERAZAD**  
4, Boulevard Zerkouni 5<sup>ème</sup> Etage  
20140 - Casablanca

Très confraternellement : F : 41807041  
Patente : 001502419000087

**DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.**