

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-709556

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : BERBER MOHAMMED

Date de naissance : 09-10-69

Adresse : NOUACEUR

Tél. : 0668122351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2022

Nom et prénom du malade : DELALI Aissal

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Gynécologique

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

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
09/09/20	2		3000,00	INF: 0916931411 Dr Ghali LEBBA Gynécologue - Obstétricienne 28 Bd Rd Anzerone Moudir, Casbah

Dr Ghali LEBBAR

~~Cynécologie (Histoire)~~

38 Bd Bir Anzarane Maarif -Casablanca

Tél : 0522 25 35 31 /39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/2022	579,90

Date _____

Montant de la Facture

09/09/2020

574190

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>DR. MISSAOUY Rêda CENTRE DE PATHOLOGIE ANATOMIQUE 38, Bd. Bir Anzarine - Casablanca Tél : 0522 98 64 71 - 0522 25 81 70 Fax : 0522 98 74 28</p>	10/09/22	Pout	320,-

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

19/29

2011

[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

AN

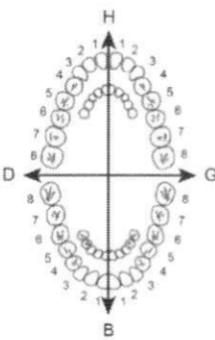
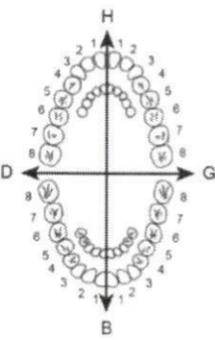
PC

IM

1

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 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"/>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
				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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	Durée	Frais	Remarques
Soins de base	15 min	10 €	
Soins de confort	30 min	20 €	
Soins de détente	45 min	30 €	
Soins de relaxation	1 h	40 €	
Soins de bien-être	1 h 30	50 €	
Soins de beauté	1 h 30	50 €	
Soins de massage	1 h 30	50 €	
Soins de SPA	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	
Soins de soins	1 h 30	50 €	

Coefficient

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Docteur Mohamed El Ghali LEBBAR

الدكتور محمد الغالي اللبار

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et coelioscopique

Coelioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

PLE

Vitro - ICSI

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس و أميان (فرنسا)

• جراحة الجهاز التناسلي و الجراحة بالمنظار

أمراض التدي

• أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنجاب

Casablanca le 09/09/2024

M^{me} DELLALI OUIDDAL

36,30

1) FLAGY 4S + GLEBSEPTINE
ovules.

1 ovule le Soir (En Alternance)

7N180

MEGAFLON 4S

1 - 0 - 1 (05j)

84,80

PREXIN 4S

1 (05j)

280,50

4) DIOTINA 4S

1 (01 mois)

Dr. El Ghali LEBBAR

Gynécologue - Obstétricienne

38 Bd Bir Anzarane Maarif - Casablanca

Tél : 0522 25 35 31 / 39

Cabinet : Rés. Ennour - 38, Bd. Biranzarane - Maârif

5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca

Tél. : 05 22 25 35 31 / 39 • الهاتف • Fax : 05 22 25 35 39 • الفاكس

Gsm : 06 61 38 49 58 • المحمول • ICE : 001687653000089

En cas d'urgence

في حالة إستعجال

5)

INED

- 40

1 - 0 - 1

99,00



T = 574,90

Dr Ghali LEPRAR
Gynécologie Obstétrique
38 Bd Bir Anzarane Moudon - Casablanca
Tél : 0522 25 35 31 / 39



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Date de réception : 10/09/2022
Date de réponse : 12/09/2022
Sexe : F
Age : 40 ans

N° d'examen : C22011009
Nom et Prénom : Mme DELLALI OUISSAL
Médecin traitant : Dr. LEBBAR

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques : FCV monocouche.

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné, après cytocentrifugation et étalement, montre un fond ponctué de polynucléaires neutrophiles et renfermant une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel et intermédiaire. Les rapports nucléocytoplasmiques sont conservés, et on note une légère hypertrophie nucléaire mais avec une chromatine fine. Présence également de petits amas de cellules endocervicales normales.

CONCLUSION :

- Frottis modérément inflammatoire.
- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 9ème Etage Appt. 9
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Demande d'examen

Dr Ghali LEBBAR
Gynécologie Obstétrique
38 Bd Bir Anzarane Maarif - Casablanca
Tél : 0522 25 35 31 /39

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : **DELLALI OUISSAL**

Age : **02/22/1988**

Date de prélèvement : **09/09/2008**

Renseignements cliniques et paracliniques : **Exocervicite.**

Siège du prélèvement : **FCV**

Nature de l'acte réalisé :

Thérapeutique préalablement instituée :

Actes chirurgicaux antérieurs avec références :

Biopsie antérieure : Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP :

Dr Ghali LEBBAR

Gynécologie Obstétrique

38 Bd Bir Anzarane Maarif - Casablanca

Tél : 0522 25 35 31 /39

Pour F.CV et Biopsie endométriale à visée hormonale

- Date des dernières règles :

- Parité :

- Thérapeutique antérieure ou en cours :

- Durée du cycle :

FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre

Dr Ghali LEBBAR

Gynécologie Obstétrique

38 Bd Bir Anzarane Maarif - Casablanca

Tél : 0522 25 35 31 /39



CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Dr Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux
de Toulouse

Casablanca, le 10/09/2022

Nom & Prénom : DELLALI OUISSAL

N° d'examen : C22011009

FACTURE N° FA22003500

Nature du prélèvement

Montant TTC

FCV monocouche.

370,00 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois cent soixante-dix Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

Dr. MISSOURY Réda
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 81 10
Fax : 0522 98 74 28

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760