

## 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° W21-766671

141271

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4184 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Hassouni Khama  
 Date de naissance : 21/5/1976  
 Adresse : 25 Rue de l'Étoile Agadir  
 Tél. : 0661178010 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15/11/22  
 Nom et prénom du malade : Sabri Zahra 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 : 19 / 12 / 22

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 |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15.11.24  | G2                |                       | 300.00                          | INP : 091093412  |
| <p>Dr Ghali LEBBAR<br/>Gynécologue - Obstétricien<br/>38 Bd Bir el Azzouj - Casablanca<br/>Tél : 0522 25 35 31 39</p> |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. J. A. Aoud<br>CENTRE RADIOLOGIQUE ANFA<br>15, Rue Ali Abouzarar - Casablanca<br>Tél : 0522 94 97 97 / 98 49           | 17.11.24 | K40<br>265                   | 1200.00                |
| <p>Dr. J. A. Aoud<br/>CENTRE RADIOLOGIQUE ANFA<br/>15, Rue Ali Abouzarar - Casablanca<br/>Tél : 0522 94 97 97 / 98 49</p> |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|----------------------------|--|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|                            |  |                  |             | <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
| H                          |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 25533412                   | 21433552   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000                   | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| D                          | G  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000                   | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 35533411                   | 11433553   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| B                          |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             | <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

Docteur Réda MISSOURY

Anatomocytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr : .....

Nom et prénom du patient : **SABRI ZAHRA**

Age : **2956**

Date de prélèvement : **15/12/22**

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.CV et Biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles : .....

- Parité : .....

- Thérapeutique antérieure ou en cours : .....

- Durée du cycle : .....

FCV : Vagin ☐

Exocol ☐

Dr Ghali LEBBAR

Gynécologie Obstétrique

38 Bd Bir Anzarane Maarif - Casablanca

Tel : 0522 25 35 31 / 39

- CBE : Endomètre

Signature et Cachet

Docteur Mohamed El Ghali LEBBAR

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et coelioscopique

Cœlioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

الدكتور محمد الغالي البار

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس و أميان (فرنسا)

• جراحة الجهاز التناسلي و العجاجة بالمنظار

أمراض التدي

• أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنتاج

Casablanca le 15/11/2024

Mme SABRI ZAHRA

-Mammographie de dépistage / Tomosynthèse  
( A C R )

-Echographie Mammaire

Dr Jawad EL AOUD  
CENTRE RADIOLOGIE ANFA  
5, Rue Ali Abdenrazak CASABLANCA  
Tél.: 0522 94 97 97 / 96 / 99

INPE  
091047070

Dr Ghali LEBBAR  
Gynécologue Obstétricienne  
38 Bd Bir Anzarane Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 25 35 31 / 39

العيادة: إقامة النور، شارع بثرانزان • الدار البيضاء

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

ICE : 001687653000089

| En cas d'urgence

| في حالة إسعاج |





**CENTRE RADIOLOGIE ANFA**

Casablanca, le 17/11/2022

Facture N° 7190/2022

Nom patient : SABRI ZAHRA

Examen(s) réalisé(s) :  
**TOMOSYNTHESE**  
**BILAN SENOLOGIQUE**

Montant : mille deux cents (1200 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE DEUX CENTS DH**

**REGLEMENT : CARTE**

**Dr Nawad EL AOUD**  
**CENTRE RADIOLOGIE ANFA**  
5, Rue Ali Abderrazak CASABLANCA  
Tél.: 0522 94 97 97 / 98 / 99

**INPE**  
**091047670**

de : 15.11.22

Madame SABR: Zahra

Le Docteur **LEBBAR** à l'honneur de vous  
adresser la note de ses honoraires s'élevant  
à Trois Cent Dirhames  
pour Consultation

et vous prie d'agréer ses salutations distinguées

**Dr Ghali LEBBAR**

Gynécologie Obstétrique

38 Bd Bir el-Atzerane Maârif - 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 16/11/2022

Nom & Prénom : SABRI ZAHRA

N° d'examen : C22031611

## FACTURE N° FA22004673

**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 18  
Fax : 0522 98 64 71

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

38, BD BIR ANZARANE 5 EME ETAGE APPT 9 MAARIF CASABLANCA - Tél : 05 22 98 64 71



# 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 : 16/11/2022

Date de réponse : 17/11/2022

Sexe : F

Âge : 66 ans

N° d'examen : C22031611

Nom et Prénom : SABRI ZAHRA

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 riche en polynucléaires neutrophiles, souvent altérés, débris cellulaires et histiocytes. Sur ce fond, présence d'une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel mais surtout intermédiaire, basal et parabasal. Ces cellules sont le siège d'altérations cytonucléaires de type réactionnel, avec des cellules à cytoplasme pseudo vacuolaire, des cellules binucléées, et de rares cellules dyskératosiques. A ces cellules se mêlent de rares cellules endocervicales dystrophiques et métaplasiques matures.

### **CONCLUSION :**

- Frottis atrophique et inflammatoire.
- Absence de cellules néoplasiques

Signé : Dr. Réda MISSOURY

**Dr. MISSOURY Réda**  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9  
Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 98 64 71 - 05 22 23 81 10  
Fax : 05 22 98 74 28



Patient : SABRI ZAHRA  
Prescripteur: DR LEBBAR MOHAMED EL GHALI

## BILAN SENOLOGIQUE

*Mon cher confrère,*

*Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.*

*Examen réalisé sur un appareil de tomo-mammographie General Electric (Pristina) mise en service en janvier 2018.*

### Indication :

Examen de dépistage.

### Contexte clinique:

Patiente âgée de 66 ans, mère de 3 enfants allaités.

Pas d'antécédents mammaires personnels ou familiaux.

Examen clinique normal.

## TOMO-MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

Seins en involution lipomateuse bilatérale (type 1).

Pas de signe de divergence architecturale.

Pas de sur-opacité suspecte.

Pas de foyer de micro-calcifications suspect (rares calcifications isolées).

Pas d'adénomégalie axillaire.

Pas d'anomalie des plans cutanés.

## ECHODOPPLER + ELASTOGRAPHIE

Ectasie galactophorique rétro-aréolaire bilatérale.

Pas d'atténuation suspecte.

Pas de lésion tissulaire.

Pas de lésion kystique.

Pas d'adénomégalie axillaire.

Pas d'anomalie des plans cutanés.

## CONCLUSION

**Pas de lésion suspecte.**

**ACR 2 bilatéral.**

Classification Bi-Rads de l'ACR (American College of Radiology)

ACR 1 : Aspect normal

ACR 3 : Aspect probablement bénin

ACR 2 : Aspect bénin

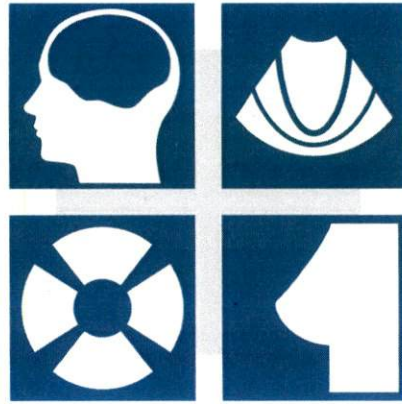
ACR 4 : Aspect suspect de malignité

ACR 5 : Aspect malin

*Merci de votre confiance*

**Docteur Jawad EL AOUD**  
Dr Jawad EL AOUD  
CENTRE RADIOLOGIE ANFA  
5, Rue Ali Abderrazak CASABLANCA  
Tél.: 0522 94 97 97 / 98 44 99  
INPE  
091047670

# مركز أنفا للفحص بالأشعة



## Centre Radiologie Anfa

IRM • Scanner Spirale • Echographie • Doppler Couleur • Mammographie • Tomosynthèse  
Ostéo-densitométrie • Radio-panoramique dentaire • Cone Beam • Denta-scanner • Radiologie interventionnelle

Docteur Jawad El Aoud

Nom et prénom **SABRI ZAHRA**

Type d'examen **BILAN SENOLOGIQUE**

Date d'examen **17/11/2022**

