

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
- 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° W19-469330

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5082 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABDELFADEL SAID
 Date de naissance : 08/01/64
 Adresse : M. LOT FLORIDA Rue 7
CALIFORNIE CASA
 Tél. : 0661342400 Total des frais engagés : - 600- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss
Tél. : 022 86 41 01/05-Casa

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ABOU F. RASH SAID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 10/06/23
 Signature de l'adhérent(e) : CASA

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
10/06/23	Se		300.00	INP : 09M003269

Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120, Bd. Moulay Idriss I
Tel: 022 46 41 01/05-Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

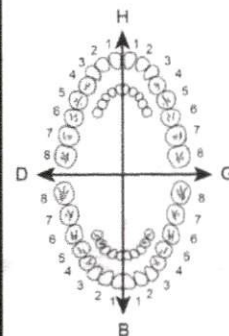
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
80	10/06/23	2 2 2 2	300.-

AUXILIAIRES MEDICAUX

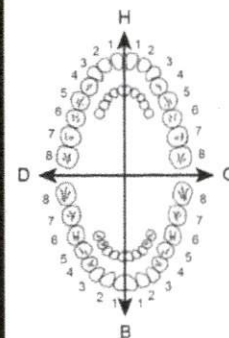
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. AGOUMI - SAAD
Nom et Prénom du Patient ABOU FIZABEN SAAD A
Age 60 ans
Date du prélèvement 10/06/22
Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

RAS
Cancer qui traitement avec tamoxifène

Siège du prélèvement (Cervix et 1269173)
Nature de l'acte réalisé N° 054 ACL 06 23

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Non ☐ Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles 10/06/22
- Parité
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle
- FCV : Vagin ☐ Exocoe ☒ Endocoe ☐
- CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet
Dr. AGOUMI
Gynécologue - Obstétricien
20, Bd
Tél: 022 86 41 81 05 - CASA



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr Alaoui Bouhamid Abdelhafid

Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 10/06/2023

Facture N° 200492699

ICE: 001714931000007

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 300,00 DH

TROIS CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 10/06/2023

Pour MME ABOUFIRASSI SAIDA

Sur ordonnance du DR: AGOUMI S.

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310 Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02

310, Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - Gsm : 06 61 32 20 02

Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - INPE 091207704

Email : laboratoirealaoui@gmail.com

Casablanca



Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr Alaoui Bouhamid Abdelhafid
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 13/06/2023

Nom et prénom: MME ABOUFIRASSI SAIDA
Sur ordonnance du Dr: AGOUMI S.
N° d'anapath: 118ACL0623

Parvenu au laboratoire le 10/06/2023

Organe ou siège du prélèvement: Col utérin

Renseignements cliniques: Age: 60 ans
Ménopausée

Contrôle après traitement oestrogénique local
RAS

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Origine du prélèvement : Frottis cervical

Qualité du prélèvement : Optimale

Diagnostic descriptif :

1. Evaluation hormonale : Compatible avec l'âge de la patiente
2. Microbiologie : Aspect banal : Lactobacillus ++
3. Modifications réactionnelles : Absentes
4. Cellules pavimenteuses : Superficielles, surtout intermédiaires et parabasales normales ou dystrophiques
5. Cellules glandulaires : Peu nombreuses normales

Conclusion

- Frottis cervical **jonctionnel** hypotrophique et dystrophique
- Absence de signe d'infection à HPV
- Absence de signe de métaplasie, de dysplasie ni de néoplasie

Dr. ALAOUI BOUHAMID Abdelhafid
Pathologiste
310, Rue Omar Riffi - Casablanca
Tél: 0522 44 51 00 / Fax: 0522 44 52 30
GSM: 06 61 32 20 02

310, Rue Omar Riffi, Tél : 05 22 44 51 00 - Tél & fax : 05 22 44 52 30 - Gsm : 06 61 32 20 02

Patente, N° 34306984 - ICE, N° : 001714931000007 - IF, N° 41906984 - INPE 091207704

Email : laboratoirealaoui@gmail.com

Casablanca