

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0044527

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ATBIB Fauzia  
Date de naissance : 01/01/2023  
Adresse : 7 Rue NASHA ADDINE Res AL Jouda RA  
IN A APPAT MOORIF  
Tél : 0668466040 Total des frais engagés : 6088,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

## 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



# 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
18/10/2023	visite	3000		

# 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
	19/10/2023		1733 DH
	19/10/2023	7809	1000,50

# AUXILIAIRES MEDICAUX

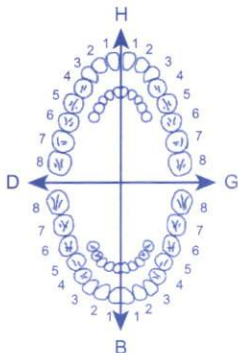
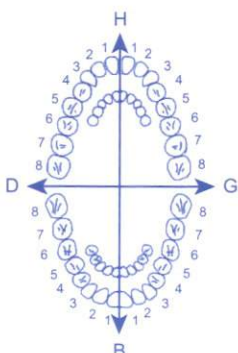
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
				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"> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) 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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. ....

Nom et Prénom du Patient ....

Age ....

Date du prélèvement ....

Référence ....

Renseignements cliniques et paracliniques ....

Siège du prélèvement ....

Nature de lacte réalisé ....

Thérapeutique préalablement instituée ....

Actes chirurgicaux antérieurs avec références ....

Biopsie antérieure : Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP ....

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

- Date des dernières règles ....

- Parité ....

- Thérapeutique antérieure ou en cours ....

- Durée du cycle ....

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endométrie ☐

Endocol ☐

Signature et Cachet





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 24/10/2023

**FACTURE N° : 23/10873**

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 :

**1000,00 Dhs**

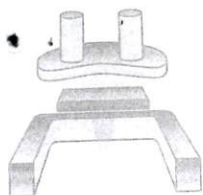
**MILLE DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **19/10/2023**

Pour **ATBIB FOUZIA**

Sur ordonnance du : **Dr EL IBRAHIMI MOHAMED**

Laboratoire de Pathologie  
du Centre  
52, Boulevard Zerktouni, Casablanca  
Tél: 0522 22 51 31/34  
Fax: 0522 22 50 90



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 23/10/23

Nom & Prénom : Mme ATBIB FOUZIA  
Sur ordonnance du : Dr EL IBRAHIMI MOHAMED  
Ref. : 23H10546

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 19/10/23  
Organe ou siège du prélèvement : Poumon  
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 57 ans  
Biopsie 1 : Lobe moyen  
Biopsie 2 : Lobe inférieur  
Cytologie

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### Cytologie :

Reçu 10 cc d'un liquide d'aspect hémorragique traité par cytocentrifugation et en phase liquide montrant à l'examen microscopique un fond séro-muqueux ponctué de macrophages mononucléés, parfois en inflexion épithélioïde, de rares polynucléaires neutrophiles et lymphocytes, renfermant des cellules bronchiques cylindriques ciliées normales et de rares cellules malpighiennes sans particularité.

Conclusion : Liquide bronchique légèrement inflammatoire renfermant des cellules d'allure épithélioïde.  
Absence de cellule suspecte.

### Histologie :

I- Lobe moyen : Ces quatre fragments biopsiques ont porté sur une muqueuse bronchique revêtue par un épithélium cylindrique cilié pseudo-stratifié hyperplasique par endroits, soutenu par une basale épaisse hyalinisée. Le chorion sous-jacent est séro-oedémateux et congestif, ponctué de rares cellules inflammatoires. En profondeur, les glandes muqueuses sont sans particularité.

Conclusion : Muqueuse bronchique inflammatoire chronique sans signe de spécificité.  
Absence de signe de métaplasie ou de dysplasie.  
Pas de malignité

II- Lobe inférieur : L'examen histologique a porté sur un fragment mesurant 0,3 cm de grand axe, inclus en totalité et examiné sur des niveaux de coupe étagés.

Il montre une muqueuse bronchique siège par endroits d'une réaction inflammatoire granulomateuse, faite de follicules lymphoépithélioïdes, avec rares cellules géantes plurinucléées individualisables. Ces granulomes sont cernés par une fibrose hyaline de disposition périgranulomateuse. Absence d'individualisation de nécrose caséeuse.

Conclusion : Aspect morphologique d'une muqueuse bronchique siège de remaniements inflammatoires granulomateux lymphoépithélioïdes et géantocellulaires, sans nécrose.  
A confronter au reste des données clinico-biologiques et radiologiques.

Dr Nouhad BENKIRANE

**Consultations :**

Pneumophtisiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**

Fibroscope bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراقصي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

Casablanca le 14/10/2023

Madame ATBIB Fouzia

fibro bronchique le 18 oct 2023

Prendre rendez-vous sur : [casasouffle@gmail.com](mailto:casasouffle@gmail.com)

CMR EL IBRAHIMI Mohamed  
5 bis, Rue Ibnou Babik  
Quartier Racine Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23





F A C T U R E

N° : 202309149 / 2023 du 18/10/2023

Nom patient **ATBIB FOUZIA**  
**PAYANT**

Entrée 18/10/2023

Sortie 18/10/2023

Désignation des prestations

Nombre

Lettre Clé

Prix Unitaire

Montant

SALLE OPERATION

1,00 BRONCHOSCOPIE

3 000,00

3 000,00

Sous-Total

3 000,00

Total Clinique

3 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

Total

3 000,00

Clinique BADR  
35 Rue EL ALLOUSSI, Bourgogne  
Casablanca  
Tél.: 05 22 49 28 00



INPE : 090002445

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>ATBIB FOUZIA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>EL IBRAHIMI</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>18/10/2023</b>	
Date sortie	<b>18/10/2023</b>	
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : DERKAoui 18/10/2023 15:33 E20230963		

Clinique BADR  
35 Rue AL ALLOUSSI, Bourgogne  
Casablanca  
Tél.: 05 22 49 28 00





INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE  
 NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
 CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE  
 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
 CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE  
 CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR : J. IBRAHIMI CASABLANCA Le: 18-10-23

ATBIB Fouzia

Badr

BK

GENE

LABORATOIRE  
 EL KOUHEN  
 52 Bd. Zerkouni (Espace Errada)  
 Tel: 05 22 20 14 19  
 +52 20 14 19  
**URGENCES 24/24**

Dr EL Kouhen Ismail  
Médecin Biologiste  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Médaillé de la faculté de médecine de Paris Descartes  
Analyses médicales  
Biologie médicale spécialisée  
Assistance Médicale à la Procréation

Dossier N° : **231019046** 231019046  
Résultat de : **Mme ATBIB Fouzia**  
Né(e) le : 01-01-1966-(57 ans)  
CIN :  
Date d'examen : 19-10-2023

**FACTURE N° : 231019046**

CASABLANCA le 19-10-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
	PCR	B900
	Examen cyto bac des crachats et aspirations bronchiques	B185
	Examen mycobactériologique	B40
	BK culture	B70

Total des B : 1195

TOTAL DOSSIER : 1733 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cent trente-trois dirhams

**LABORATOIRE  
EL KOUHEN**  
52 Bd. Zerktouni (Espace Erreda)  
Tél : +212 (0)5 22 20 14 19  
+212 2 614-160160