

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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'Action Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032419

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8219 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHBAZ HICHAM
 Date de naissance : 07-06-1968
 Adresse : ELLOT 20 CGT LA VILLE VERTE BOUSKOURA
 Tél. : 066146959V Total des frais engagés : 921 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/12/2023
 Nom et prénom du malade : HAJI NASSA
 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Gynécologique
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 19/12/2023

PR4FH05/V2/20-10-2023

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
19 12 23	S	1	300,00	Dr. Nour Fatima Zahar Gynécologue - Accoucheur 25 Avenue Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19-12-23	354,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/12/23	P245	270 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

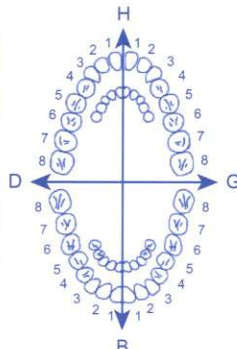
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

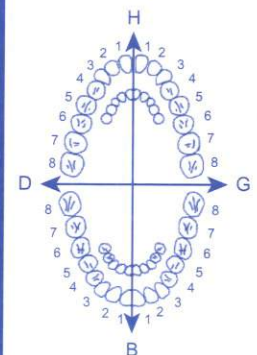
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

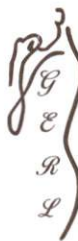


(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Fatima Zahra Niane

الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Coelioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien.

Laser Gynécologique.

19/12/2023

MME HAJIL NADIA EP KHAZ

- **Zyrdol-gyn 500 mg - ovule**
1 ovule, soir, pendant 10 jours
- **Repadina - crème**
1 Application, matin, soir, pendant 5 jours
- **Repadina - ovule**
1 ovule, soir, pendant 5 jours puis à la de
- **Biocytene - Gélule**
1 Gélule, soir, pendant 2 mois

PPU 25D400
EXP 10/2025
LOT 2N042 2

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 0,2%
crème

PPC: 95.00 DH

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 n
10 ovules vaginaux

PPC: 95.00 DH

LOT: 0002
EXP: 05/25
PPC: 136.00 DH

REG 50

Laboratoire d'Anatomie Et de Cytologie Pathologiques

2 Mars Sounna

Dr . NAOUMI Sanaâ

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd Casablanca
Diplômée de la Faculté de Médecine
Et de Pharmacie de Casablanca



د.نعومي سناء

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد

Tél / Fax : 05 22 82 74 88

Email : lpathologie2marssounna@gmail.com

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr:

Nom et prénom du Patient :

Age :

Date du prélèvement:

Nature du prélèvement: Biopsie ☒ Biopsie Exerese ☐ Pièce Opératoire ☐ Cytologie ☐

Siège du prélèvement:

Renseignements Cliniques et paracliniques:

Antécédents :

Pour FCV et biopsie endométriale à visée hormonale ☒

Date des dernières règles :

Parité:

Thérapeutique antérieure ou en cours:

Durée du cycle:

Frottis conventionnel ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

Frottis monocouche ☐

CBE ☐

Cachet et Signature du médecin:

شارع 2 مارس حي المسجد زنقة ب رقم 453 (أمام مسجد السنة)

Bd 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm 435 Casablanca (en face Mosquée Sounna)

FACTURE

REF : FA232345

Casablanca, le 25/12/2023

Date de facturation 25 / 12 / 2023
Médecin traitant DR NIANE FATIMA ZAHRA
Patient HAJIL NADIA - 013318
Demande 2312-2006 - 20/12/2023

Liste des examens

A Payer	270,00	Dhs
coefficient-P	245	

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques
2 Mars Sounna
Bd 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm 453
Tél./Fax: 05 22 82 74 88



Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques

2 Mars Sounna

مختبر التشريح المرضي 2 مارس السنة

Date de prélèvement : 20/12/2023
Date de réponse : 22/12/2023
Sexe : F
Age : 52 ans

Réf. : C2312-2006
Nom du patient : HAJIL NADIA
Date de réception : 20/12/2023
Prescripteur : DR NIANE FATIMA ZAHRA /

NATURE DU PRELEVEMENT

FCV

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

L'examen cytologique du prélèvement examiné, après cytocentrifugation et étalement, montre un fond peu hématique peu inflammatoire comportant des polynucléaires neutrophiles et de lymphocytes renfermant une abondante population de cellules malpighiennes de type superficiel et intermédiaire avec des parabasales régulières. Les rapports nucléocytoplasmiques sont conservés. Il n'est pas vu de koilocyte. Présence de quelques cellules endocervicales en métaplasie malpighienne.

Conclusion :

- Frottis peu inflammatoire peu hématique avec métaplasie malpighienne partielle des cellules endocervicales.
- Absence de cellules néoplasiques.

Dr. NAQUMI Sanaa
Médecin Anatomopathologiste