

## 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'Horizon  
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° W21-821700

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11053

Matricule : 11053 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 1938

Nom & Prénom : SAHBAWI KHALID

Date de naissance : 18.12.1968

Adresse : Lotissement Elgarage Lot 314 Boukhrouj

Tél. : 0663538767 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Nane Fatima Zahra  
35, Avenue El Hamma - Casablanca  
INF 1011

Date de consultation : 07 FEB. 2024

Nom et prénom du malade : Chboukha Kima

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) :



# 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
21/12/23			300,00	Fatima Zahra Dentiste INPE: 091 15083

# 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
Laboratoire d'Anatomie Pathologique 2 Mars Hay El Masjed Rue B Immeuble 103 Casablanca Tel/Fax: 05 22 82 74 83	22/12/23	P245	270 DH

# 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 :

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	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



R540  
70

# 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. نعو مي 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: ..... 21/12/23

Nom et prénom du Patient Chbouk Harime

Age : 48

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: 14/12/23

Parité: G3P3

Thérapeutique antérieure ou en cours: .....

Durée du cycle: .....

Frottis conventionnel Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

Frottis monocouche ☐

CBE ☐

Cachet et Signature du médecin:



**FACTURE**

**REF : FA232344**

Casablanca, le 25/12/2023

Date de facturation	25 / 12 / 2023
Médecin traitant	DR NIANE FATIMA ZAHRA
Patient	CHBOUK HAKIMA - 013347
Demande	2312-2205 - 22/12/2023

**Liste des examens**

<b>A Payer</b>	<b>270,00</b>	<b>Dhs</b>
<b>coefficient-P</b>	<b>245</b>	

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 Sououna  
Bd 2 Mars Hay El Masjed Rue B Imm. 453 Casa  
Tél./Fax: 05 22 82 74 80





# Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques

2 Mars Sounna

## مختبر التشريح المرضي 2 مارس السنة

Date de prélèvement : 22/12/2023  
Date de réponse : 25/12/2023  
Sexe : F  
Age : 43 ans

Réf. : C2312-2205  
Nom du patient : CHBOUK HAKIMA  
Date de réception : 22/12/2023  
Prescripteur : DR NIANE FATIMA ZAHRA /

### NATURE DU PRELEVEMENT

FCV

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

G3P3 .

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

### **Conclusion :**

-Frottis sans anomalies .

Dr. NACUMI Sanaa  
Médecin Anatomopathologiste