

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº W21-640366

84497

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>		
Matricule : <b>6444</b>	Société : <b>R.A.M</b>	Autre :
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>
Nom & Prénom : <b>MANZAH RACHID</b>		
Date de naissance : <b>13/12/1965</b>		
Adresse : <b>LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 CASABLANCA</b>		
Tél. : <b>0661226340</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :   <input type="checkbox"/> Date de consultation : <b>29/6/2021</b> <input type="checkbox"/> Nom et prénom du malade : ..... <input checked="" type="checkbox"/> Lien de parenté : <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Nature de la maladie : <b>Affection de la tête et des yeux</b> <input type="checkbox"/> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... <p style="font-size: small;">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.</p>		

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 : **29/6/2021**  
Signature de l'adhérent(e) : 

## **RELEVE 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
29/6/2021			G+	INP : 09/06/2021 Hôpital de Paris Président CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE DR M. BERNARD LALOUETTE

## **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
	30.06.21	P0002	1501,50
	06.07.21	10 Sie de phototherapie	1200,00 DS

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

وصفة طبية

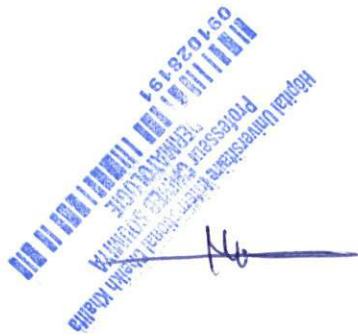
Ordonnance

Casablanca, le :

29/6/2021

M = Mangan Rachid

1<sup>e</sup> sce de photothérapie



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 29/06/2021.

Hôpital International Cheikh Khalifa Ibn Zayd M.R.  
Fax : 05 29 03 53 45  
Email : contact@fdcm.hck.ma  
Tél : 05 29 00 44 77  
R.P. 290051867

Manzah Rachid

Etude immuno histochimique

en complément de  
l'étude anatomopathologique  
réalisée (suspicion de  
mycosis fongioïde).

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur CHIHEB SOUMIYA  
DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE  
091028191

Naciri

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 78295 / 2021 du 30/06/2021

Nom patient	<b>MANZAH RACHID</b>	Entrée	30/06/2021
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	30/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>EXAMENS ANAPATH</b>	<b>1,00</b>	<b>P0000</b>	<b>1 501,50</b>	<b>1 501,50</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 501,50</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  <b>MILLE CINQ CENT UN DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES</b>	<b>Total</b>	<b>1 501,50</b>

LABO  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
HOPITAL CHEIKH KHALIFA

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **80 718 / 2021** du **06/07/2021**

Nom patient : **MANZAH RACHID**

Entrée **06/07/2021**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **06/07/2021**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- PUVA thérapie corps entier ou extémité	10,00		120,00 Sous-Total	1 200,00 1 200,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 200,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

**Total 1 200,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 200,00	1 200,00	0,00

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 41 77  
E-mail: contact@fekm.hck.ma  
N°INP 090061862*

LE 06/07/2021

## CERTIFICAT MEDICAL

Mr **MANZAH RACHID** est suivi en dermatologie à l'hôpital **CHEIKH KHALIFA** à Casablanca, et bénéficie d'un traitement par photothérapie TL01 à raison de 2 séances par semaines, avec une surveillance médicale stricte.

Certificat délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Acte côté à la nomenclature K5.



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca, Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868  
[www.hck.ma](http://www.hck.ma)

*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0119008848

Date de naissance : 13/12/1965

Sexe : M

Date de l'examen : 30/06/2021

Prélevé le : 12/07/2021 à 15:02

Édité le : 12/07/2021 à 16:49

**MANZAH RACHID**

Dossier N° : 21066777

Docteur CHIHEB SOUMIYA

Service : EXTERNE



Référence Anapath : 2106B243/2106IHC51

Renseignements cliniques : Patient suivi pour Mycosis Fongoïde depuis 2019.

Biopsie au niveau d'une lésion annulaire de la cuisse droite : Récidive de MF ?

Résultat : Revêtement cutané siège d'un infiltrat lymphoïde d'allure suspecte, nécessitant une étude immunohistochimique pour déterminer sa nature réactionnelle ou tumorale.

### **ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE**

L'analyse immunohistochimique complémentaire réalisée montre les résultats suivants :

- Anticorps anti-CD3 : Positif au niveau des petits lymphocytes T d'allure réactionnelle.
- Anticorps anti-CD20 : Positif au niveau de rares lymphocytes B.
- Anticorps anti-CD4 : Absence de marquage des lymphocytes intra-épidermiques.
- Anticorps anti-CD8 : Marquage positif des lymphocytes T réactionnels.
- Anticorps anti-Ki67 : Très bas < 1%.

### **CONCLUSION :**

Le profil immunohistochimique ainsi réalisé oriente plutôt vers le caractère réactionnel (lichénoïde) de l'infiltrat lymphocytaire.

Absence d'argument en faveur d'un MF.

Le 12/07/2021 à 16:49  
Signature

Hôpital Universitaire International Cheikh Khélifa  
Dr. Mohamed ALLAOUI  
Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologique  
Pôle Anatomie - Cytologie Pathologique

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

### **Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.