

## 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.

**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° W21-640366

84497

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6444 Société : R.A.T

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MANZAH RACHID

Date de naissance : 13/12/1965

Adresse : LES CHAETS DE BOUSKOURA V7 CASABLANCA

Tél. : 0661226340 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/6/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 29/06/2021

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
29/6/22			GT	INP : <input type="text"/>

# 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	P000	1501,50
	06/07/22	10 Sie de photorégraphie	1200,00 Ds

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/6/2021

M= Manzan Rachid

1<sup>o</sup> sce de phototherapie

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Cheikh Khalifa  
05 10 26 19 17  
05 10 26 19 17



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

09/06/2021.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hck.ma  
WWW.HCK.MA

M/R Manzah Rachid

Etude immunohisto chimique  
en complément de  
l'étude anatomopathologique  
réalisée (suspicion de  
mycosis fongique).

LABORATOIRE ANALYSES MEDICALES  
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur CHIEB SOUMYA  
ANATOMIE PATHOLOGIE  
091028191

Merci

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 78295 / 2021 du 30/06/2021

Nom patient	MANZAH RACHID	Entrée	30/06/2021
	PAYANTS	Sortie	30/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	1 501,50	1 501,50
			Sous-Total	1 501,50
Total Clinique				1 501,50

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

LABO  
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
PRESTATIONS INTERNES				
- PUVA thérapie corps entier ou extémité	10,00		120,00	1 200,00
			Sous-Total	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	<b>Total 1 200,00</b>

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 44 77  
Email: contact@fckm.fckm.mn  
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.

  
Professeur Cheikh Khalifa  
Dermatologue  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
06102028191

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

Edité 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 Mohammed VI  
Dr. Mohamed ALLAOU  
Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologique  
Pôle Anatomie - Cytologie Pathologique



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
HOPITAL CHU MOHAMED VI



**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.