

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-675539

119657

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6714 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NOUR NOUREDDINE  
 Date de naissance : 10.06.56  
 Adresse : RSD NASSIM BD LA RESISTANCE 946  
 IMH 8 APT 5 1er ét. DOHAMMEDA  
 Tél. : 0661335923 Total des frais engagés : 1935,40 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04.06.2022  
 Nom et prénom du malade : Nour Noureddine Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dermatose  
 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 : 04.06.2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019



# RELEVÉ DES FPAIS 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
07.06.22	K20	10000		INP : 09/03/2018

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BEN EL BASRY Ali Docteur en Pharmacie Boulevard de la Liberté - ASSIM GH9 Imm 11 Magasin 2 Mohammédia 20800 - Tél : 05 23 32 00 44	07.06.22	335,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

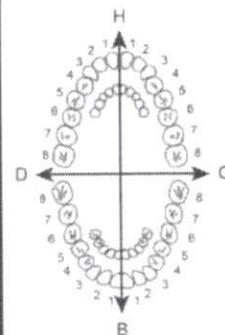
Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie Dr Abdelhak RABIE 11, Avenue de la Liberté Tél : 05 23 32 30 02	07.06.22	Radi p 3.4.5	600,000 B

## AUXILIAIRES MEDICAUX

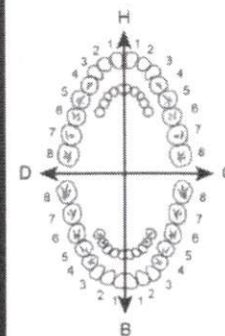
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25633412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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 Abdelilah ABBOUR

Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

Traitement au Laser

الدكتور عبد الإله عبور

أخصائي

أمراض الجلد والشعر

والأمراض التناسلية

جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca, le : 27.06.2023

25.00

Beta line

140.00

PPV: 140,00 Dhs

25.00

29.00

161.40

T-335

BEN EL BASRY Ali  
Docteur en Pharmacie  
PHARMASIE  
NASSIM  
Bd. La Résistance Lot NASSIM GH9 Imm 11  
Magasin 2 Mohammedia 20300-Tel.: 05 23 32 00 44

PPV 116DH40 LOT 150117  
EXP 09/2023  
**FLOXAM**  
Flucloxacilline  
**500 mg**  
24 gélules Voie orale

إقامة المجد، عمارة F الطابق الثاني - شارع القدس الإنارة 1 عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 50 68 68 - الفاكس: 05 22 50 50 07

Résidence EL Majd, Imm. F 2ème Etage Bd. El Qods - INARA I - Aïn Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 50 68 68 - Fax: 05 22 50 50 07



Docteur Abdelilah ABBOUR

Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

Traitement au Laser

الدكتور عبد الإله عبور

أخصائي

أمراض الجلد والشعر

والأمراض التناسلية

جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca, le : 07.06.2022

~~Dr ABBOUR~~  
Chirurgie  
aesthetique  
cutanée  
et  
dermatologie  
laser

Dr Abdelilah ABBOUR  
Spécialiste  
Dermatologie - Vénérologie  
Chirurgie Dermatologique  
Rés. EL Majd, Imm. F Etg. 2 Bd El Qods  
INARA - Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 50 68 68 - Fax: 05 22 50 50 07

**Dr. Abdelmajid RIFKI**

Anatomo-cytopathologiste  
Diplômé de l'Académie de Lyon  
Ex. enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

**Pr. Soumaya ZAMIATI**

Anatomo-cytopathologiste  
Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## FACTURE

REF : FA22002466

Date de facturation 07 / 06 / 2022  
Médecin traitant Dr. ABBOUR  
Patient Mr Moureddine NOUR  
Demande référence **H222AR0978**  
Demande reçu le 07/06/2022

**A Payer** 600,00 Dhs  
**coefficient-P** 545  
**Mode de règlement** Chèque

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS

**Dr. A. RIFKI**

**CENTRE DE PATHOLOGIE  
IBN ENNAFIS  
Dr. Abdelmajid RIFKI  
11, rue Lieutenant Borge  
Tél. G: 0522 20 23 02 - Casablanca**

ICE 001808260000087 IF 41707227 INPE 91120584 INPE du Laboratoire 093002954



# HISTOLABO

Dr Najia BENNANI  
Laboratoire d'Anatomie  
et de Cytologie Pathologiques

222AK 978

## Demande d'examen

De la part du Dr

Nom et Prénom du Patient

Date du Prélèvement

Age

Renseignements Cliniques

Siège du Prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Pour F.C.V et Biopsie endométriale à visée hormonale

☐ Date des Dernières Règles

☐ Thérapeutique Antérieure ou en Cours

☐ Durée du Cycle

Signature et Cachet





Reçu le : **07/06/2022**

Edité le : **10/06/2022**

Âge : **66 ans**

Notre réf. : **H222AR0978**

Prescripteur : **Dr. ABBOUR**

Patient(e) : **Mr Moureddine NOUR**

Organe : **Peau**

(ATCD de sarcome de Kaposi en 2013. Tumeur cutanée végétante du Vème orteil D)

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce d'exérèse de moins de 1gr comportant un lambeau cutané de 1,2x1x0,5cm centré par une lésion nodulaire brunâtre mesurant 1x0,8x0,5cm avec présence de deux autres fragments cutanés de 0,7x0,2cm et 1,5x0,1cm inclus en totalité.

Une des limites latérales et la limite profonde paraissent économiques.

**L'examen microscopique** montre un épiderme atrophique ou acanthosique papillomateux et hyper-ortho-kératosique reposant sur un derme comportant des nodules fibro-angiomateux faits de nombreux vaisseaux sanguins séparés par des cellules fusiformes isolées ou groupées en faisceaux et comportant quelques atypies et des mitoses.

Ces vaisseaux sont congestifs tapissés par un endothélium turgescent avec comblement des lumières par places. Ils sont de type capillaire ou veineux et séparés par un tissu conjonctif congestif infiltré de lympho-plasmocytes et de granulocytes avec présence d'extravasation d'hématies, de suffusions hématiques et de sidérophages. Une limite latérale et la limite profonde sont lésionnelles.

### Conclusion

- Aspect morphologique en faveur d'un sarcome de Kaposi ;
- Une étude immuno-histochimique peut être effectuée si besoin pour confirmation.

**Dr A. RIFKI**

**CENTRE DE PATHOLOGIE  
IBN ENNAFIS  
Dr Abdelmajid RIFKI  
11, rue Lieutenant BERGE  
Tél LG: 05 22 20 23 02 - Casablanca**

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 07/06/2022

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 6717 e-mail : noureddine.nou @ gmail.com Phones : 0661 335923  
Nom et Prénom de l'adhérent : NOUR NOUREDDINE  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Abdellah ABBOUR  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. A sur alomra  
Nécessite :  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : K 20

Une hospitalisation de (approximatif)  
A (préciser l'établissement hospitalier)

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):  
Tranquillisation du D. scab

Cachet, date et signature du praticien

Dr Abdellah ABBOUR  
Spécialiste  
Dermatologie - Vénéréologie  
Rég. Et. Méd. Imm. F. Et. 2 Bd El Qods  
Tél: 0522 20 45 45 - Fax: 0522 20 45 45

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.