

## 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

- 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'Hub  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-014609

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2600 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AQALLAL ABDERRAZAK / 175903  
Date de naissance : 10 / 10 / 1945  
Adresse : 21 RUE MANSARD, QUARTIER PALMIER, CASA  
Tél. : Total des frais engagés : 120 Euros

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 07 / 2023  
Nom et prénom du malade : AQALLAL ABDERRAZAK Age : 78  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : PRELEVEMENT Pour Biopsie  
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 : CASA 20.09.2023 Le : 20 / 09 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
28/01/23	CS	1	60	Docteur Amandine Buffière-Morgado
	Q2HACO1		60	Dermatologue
			1200	Centre de Dermatologie Marius Aujan
	Propre palpébral seu		108	108 rue Marius Aujan - 92300 Levallois-Perret

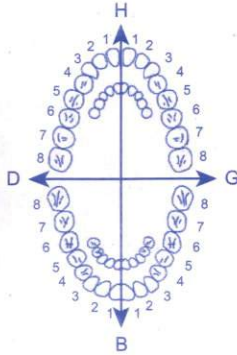
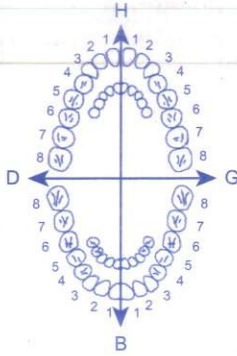
[illegible][illegible][illegible]

## 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 style="width: 100%;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR L. DUVERGER  
Anatomo-Pathologiste  
Praticien attaché de l'hôpital Saint-Louis

DOCTEUR S. LAURENT-ROUSSEL  
Anatomo-Pathologiste  
Praticien attaché de l'hôpital Cochin-Tarnier

DOCTEUR A. LEVY  
Anatomo-Pathologiste Dermatologiste  
Ancien praticien attaché de l'hôpital Avicennes

**CND** LA ROQUETTE - PARIS  
Centre National de  
Dermatopathologistes indépendants

DOCTEUR P. MOGUELET  
Anatomo-Pathologiste  
Praticien hospitalier de l'hôpital Tenon

DOCTEUR A. OSIO - EL KAROUI  
Anatomo-Pathologiste Dermatologiste  
Praticien attaché de l'hôpital Saint-Louis

DOCTEUR P. ROMERO  
Anatomo-Pathologiste  
Ancien assistant hospitalier de l'hôpital Ambroise Paré

DOCTEUR U. ZIMMERMANN  
Anatomo-Pathologiste  
Ancien praticien hospitalier de l'hôpital Ambroise Paré

**Monsieur AQALLAL Abderrazak**

Né le 10/10/1945

Examen n° **23A52671**

Prélèvement : effectué le 28/07/2023  
enregistré le 01/08/2023

A la demande du : Docteur BUFFIERE MORGADO AMANDINE

Copie au(x) :

**Docteur BUFFIERE MORGADO AMANDINE**  
CENTRE DE DERMATOLOGIE MARIUS AUFAN  
108 RUE MARIUS AUFAN

92300 LEVALLOIS PERRET

KB / BT

**Biopsie d'une lésion de la paupière inférieure droite : carcinome basocellulaire tatoué**

Un punch de 0,3 cm est transmis au laboratoire et a fait l'objet de coupes sériées, colorées par l'hématéine, l'éosine et le safran \*.

Le derme héberge une prolifération carcinomateuse, relativement bien limitée, constituée d'amas de taille et de forme variables dont les plus superficiels sont appendus à la basale épidermique. Ils sont formés de cellules de type basal, sans atypies, adoptant une disposition palissadique à leur périphérie. Le stroma est remanié par un infiltrat inflammatoire mononucléé modéré. Il est, par places, séparé des amas tumoraux par de minces croissants clairs de rétraction. L'épiderme est aminci.

**CONCLUSION :**

**L'aspect histologique est celui d'un carcinome basocellulaire, plutôt de type nodulaire sur ce prélèvement. Biopsie.**

BHOTB7A0

Le 03/08/2023  
Docteur Philippe MOGUELET





## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom AQALLAL Abderrazak

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dr Hamelin Aurore

Docteur Amandine Buffière-Morgado  
05 DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE  
Dermatologue

Centre de Dermatologie Marius Aufan

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

108 Rue Maruis Aufan

92300 Levallois-Perret

MEDECIN REMPLACANT  
108 rue Marius Aufan - 92300 Levallois-Perret

nom et prénom RPPS - 10100605533

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

=&gt; 92 1 71 784 9 00 3 31 0 05 n°AM

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	actes	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P., J) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	M.D. ③	I.K. ④
								nbre	montant ⑤
28072023CS					100				
28072023QZ	HA001				20				

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

120

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin  
ayant effectué  
l'acte ou les actessignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

# Facture n° 708 du 28/07/2023

Note d'honoraires

## Dr AURORE HAMELIN

108 Rue Marius Aufan  
92300 Levallois-Perret  
N° facturation PS : 921717849  
RPPS : 10100798973

### Bénéficiaire des soins

Aqallal Abderrazak

Date	Acte	Montant
28/07/2023	CS + QZHA001	120,00 €

Payé le 28/07/2023 par Carte bancaire

TOTAL

120,00 €

PAYÉ

Centre de Dermatologie Marius Aufan

108 rue Marius Aufan, 92300 Levallois-Perret

SIRET: 920 687 829 00019