

## 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 ALIC :

- 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'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° W21-795967

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34 28 Société : 187751  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Z. Z. Mohammed  
 Date de naissance : 26/06/56  
 Adresse : 12 Rue Michel Ange Roane  
 Case  
 Tél. : 0661424203 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/9/23  
 Nom et prénom du malade : Abdelhak Smea Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Grippe A H1N1  
 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 : Marrakech Le : 18/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
18/09/23	C/S		250,00	Dr. J. J. EL ALAMI Dermatologue - Vénérologue
20/09/23	C120/K10		500,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALMA 10, Zerkouni Bouaakel - M'hania M. J. J. EL ALAMI Tél: 05 24 37 22 47	18/09/23	112,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AMANA DE PATHOLOGIE 10, Lot. Boumesma Hay Mohammadi M. J. J. EL ALAMI Tél: 05 24 37 21 45 Fax: 05 24 37 25 00	18/09/23	P 109	450,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

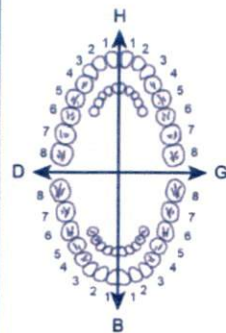
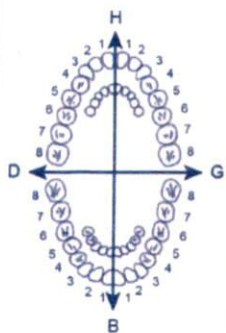
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 : <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>D</td> <td>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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr. Jihane EL ALAMI

Dermatologue - Vénérologue

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles.

Maladies sexuellement transmissibles

Allergies cutanées

Chirurgie dermatologique

Médecine esthétique et lasers

Diplômée en Dermatologie pédiatrique de la

Faculté de Médecine de Nantes (France)

DR. EL ALAMI JIHANE

الدكتورة جهان العلمي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض الجلد الشعير و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا

حساسية الجلد

جراحة الجلد

الطب التجميلي - ليزر

ديبلوم أمراض جلد الاطفال

بجامعة نانت الفرنسية

## ORDONNANCE

Sansa Bencheboun

Le : 18/09/2023

28.00

SV

1/ Cocistat unie 21

x21 p17

148.00

2/ Rectogonay

84.20

SV

x21 p17

3/ Ketoderm sachet 21

x21 p17

LOT: 230139  
PER: 01-2026  
PPV: 28,00DH

LOT: SP010422  
PER: 04-2025  
PPC: 64,00DH

mapnar  
Bd Alkima N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V: 84,20 DH  
6 118001 181490

DR. EL ALAMI JIHANE  
DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE  
Centre d'affaires Al Anouar, Avenue Allal El Fassi  
E. P. 05 24 30 31 50 / 05 25 32 06 32

Fassi m'hamid louche  
après 15 min  
miser.

PHARMACIE SALMA  
Berkatoune Bouakraz M'hamid N° 1436  
Tél: 05 24 37 22 47

Centre d'affaires Al Anouar (en face de la mosquée Al Anouar) Avenue Allal El Fassi, 1er étage, Appt 8

Fixe : 05 24 30 31 50 / 05 25 32 06 32 - GSM : 06 64 64 75 67

**Dr. Jihane EL ALAMI**

*Dermatologue - Vénérologue*

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles.

Maladies sexuellement transmissibles

Allergies cutanées

Chirurgie dermatologique

Médecine esthétique et lasers

Diplômée en Dermatologie pédiatrique de la

Faculté de Médecine de Nantes (France)

**EJ**  
DR. EL ALAMI JIHANE

**الدكتورة جهان العلمي**

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض الجلد الشعير و الأظافر

الأمراض المتقولة جنسيا

حساسية الجلد

جراحة الجلد

الطب التجميلي - ليزر

دبلوم أمراض جلد الأطفال

بجامعة نانت الفرنسية

*le : 20/09/23*

## FACTUR

- **Nom et prénom :**  
Ben chekroun Sanaa
- **Geste :** biopsie cutanée
- **Total :** 500dhs
- Arrête la présente facture  
la somme de cinq cents  
dirhams

Dr. Jihane EL ALAMI  
Dermatologue Vénérologue  
Dr. Jihane EL ALAMI  
Dermatologue Vénérologue

**LABORATOIRE AMANA**  
**DE PATHOLOGIE**

Dr. Amal FADAILI

Médecin Spécialiste en Pathologie

Diplômée de l'American Board of Pathology



LABO AMANA

20/09/2023 17:10

F.1

BEN CHEKROUN SANAA

مختبر أمانة  
للتشريح المرضي  
د. أمال فضيلي

طبيبة أخصائية علم أمراض الأنسجة  
خريجة المجلس الأمريكي للباثولوجيا

**DEMANDE D'EXAMEN CYT**

**A23-20107**

**PATHOLOGIQUE**

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_

Nom & Prénom du Patient Sanaa Bencheikroun

Date de naissance \_\_\_\_\_ Age 55 Sexe ☐ M ☒ F

Tél. Patient \_\_\_\_\_ Tél. Médecin \_\_\_\_\_

Cas Urgent ☐

Date et heure du prélèvement / Opération \_\_\_\_\_

Type de prélèvement : ☐ Pièce Opératoire ☐ Biopsie / Curetage ☐ Cytologie  
☐ Ex. Extemporane ☐ Immunohistochimie ☐ Biologie Moléculaire  
(FISH, EGFR, Autres)

Organe / Tissu siège du Prélèvement 1 BC 2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Si Biopsie du Sein SVP préciser le Temps d'Ischémie Froide\* \_\_\_\_\_ min

Si Prélèvement Gynécologique SVP préciser \_\_\_\_\_

Date des Dernières Régles \_\_\_\_\_ Contraception / Traitement Hormonal (type et durée) \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Patient âgée de 55 ans

Levier enflammeuse présente de tumeurs avec de nids guile

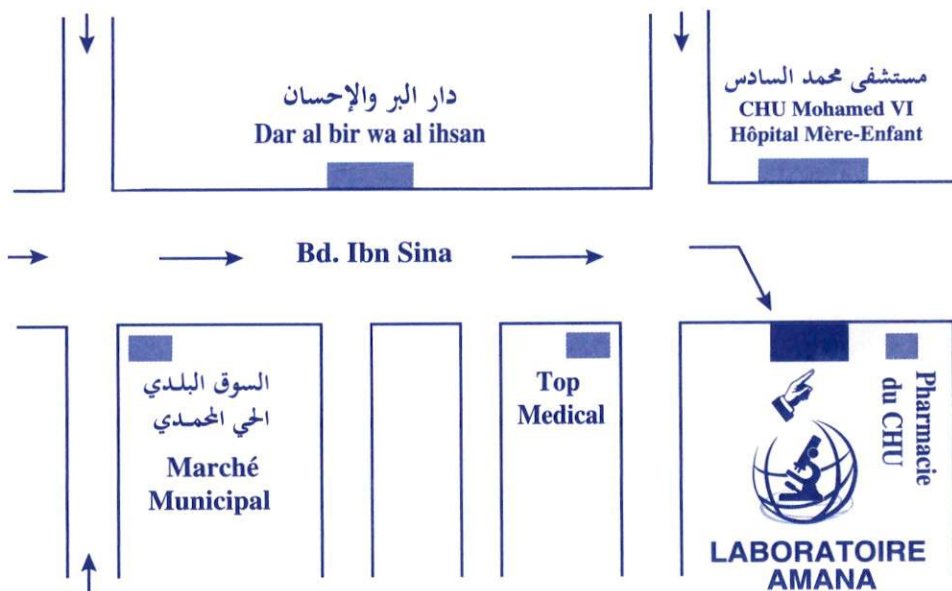
Carcinome baso cellulaire ? ++

Carcinome épidermoïde

Au sein ?

\* Intervalle de temps écoulé entre le moment du prélèvement et la mise en flacon dans le formol.

## COMPLEMENT DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES





Nom du patient : **BEN CHEKROUN SANAA**  
Age : 55 ans  
Sexe : F  
Préscripteur : Dr. EL ALAMI JIHANE

Référence : **A23-20107**  
Date de prélèvement : 20/09/2023  
Date de réception : 20/09/2023  
Date de réponse : 22/09/2023

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Lésion érythémateuse parsemée de télangiectasies avec des nids ovoïdes. Carcinome basocellulaire ?  
Carcinome épidermoïde ? Autre ?

**NATURE DU PRELEVEMENT**

Biopsie cutanée

**COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE**

**Examen Macroscopique**

Il est parvenu un fragment cutané grisâtre mesurant 0.3 cm de grand axe. Inclus en totalité dans une cassette.

**Examen Microscopique**

À l'examen histologique, il s'agit d'un tissu cutané dont le derme est le siège d'une prolifération épithéliale infiltrante. Celle-ci est agencée en nodules de taille variable. Les cellules tumorales réalisent une palissade en périphérie des lobules avec fente de rétraction par rapport au tissu conjonctif adjacent. Les noyaux sont irréguliers hyperchromes et sièges de quelques mitoses. Le cytoplasme est peu abondant. La stroma-réaction est fibreuse et peu abondante.

Une des limites d'exérèse latérales est lésionnelle.

La limite d'exérèse profonde est saine.

**DIAGNOSTIC PATHOLOGIQUE FINAL**

Biopsie cutanée :

**- CARCINOME BASOCELLULAIRE NODULAIRE.**

Signé : Dr. FADAILI AMAL

**Dr. Amal FADAILI**  
Médecin Spécialiste en Pathologie

Page 1/1

**FACTURE**

**REF : FA23001694**

MARRAKECH, le 20 / 09 / 2023

Date de facturation 20 / 09 / 2023  
Médecin traitant Dr. EL ALAMI JIHANE  
Patient BEN CHEKROUN SANAA - 013023  
Demande 23-20107 - 20/09/2023 (

**Liste des examens**

Biopsie cutanée (petite)

<b>A Payer</b>	450,00	Dhs
<b>coefficient-P</b>	409	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS ET 00 CENTIMES

مختبر أماني لطب الأمراض  
LABORATOIRE AMANA  
DE PATHOLOGIE  
165 Lot. Boumesmar Hay Mohammadi  
Marrakech Tél.: 05 24 31 31 45 Fax: 05 24 29 25 00