

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



Déclaration de Maladie

M23-005349

151535

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 2. A 9

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : K. RATI, Soud

Date de naissance : 13/09/58

Adresse : 1, Rue H. D. H. D. F.S

Tél. 0614 297590 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2023

Nom et prénom du malade : EL Ghazi, Ghizlane Age : 61

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

Nature de la maladie : Neoplasie mammaire

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 : Le : / /

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
01.09.23	Dr. Naoufal M. Alao Général Interne - Oncologie Rue de l'Oasis Rue des Nouveaux Cas			

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire de Pathologie du Centre 52, Boulevard Zerkouni Tél: 0522 22 91 91 / 94 Fax: 0522 92 50 50	23/02/23	2750	2950,-

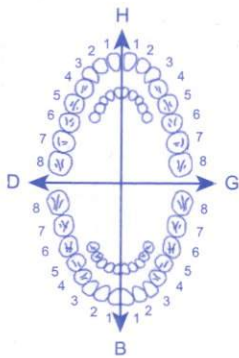
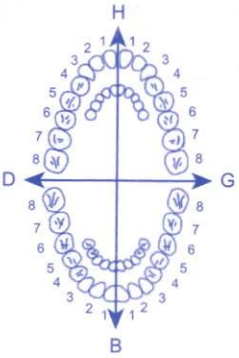
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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													
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le.....

21/02/2023

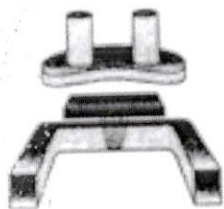
MME EL GHAZI GHIZLANE

IMMUNOHISTOCHIMIE : RE RP KI 67 HER2

+ Ne lire le grade

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis - Rue des Alouettes - Casablanca
Tel : 05 22 77 81 81

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerktouni
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 51 33



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 01/03/2023

FACTURE N° : 23/03042

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

2950,00 Dhs

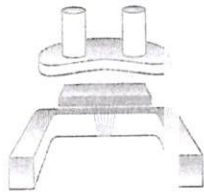
DEUX MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **23/02/2023**

Pour **EL GHAZI GHIZLANE**

Sur ordonnance du : **Dr MAMOU NAOUFAL**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerktouni
Tél: 022.22.51.31 / 022.22.51.34 Fax: 022.22.50.90



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 28/02/23

Nom & Prénom : Melle EL GHAZI GHIZLANE
Sur ordonnance du : Dr MAMOU NAOUFAL
Ref. : 23H02670

Parvenu au laboratoire le : 23/02/23
Organe ou siège du prélèvement : sein.
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 41 ans.
Bloc communiqué.

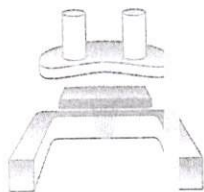
COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Le bloc communiqué montre à l'examen histologique un tissu mammaire occupé par une prolifération carcinomateuse moyennement différenciée, faite de petits placards anguleux et de travées. Ces structures sont constituées de cellules cubiques ou arrondies de taille moyenne à grande, au noyau irrégulier hyperchromatique moyennement anisocaryotique, nucléolé et montrant en moyenne dix figures de mitoses sur dix champs au fort grossissement. L'ensemble évoluant au sein d'un stroma dense fibreux, riche en éléments lymphocytaires (TILs = 50%)
Absence de composante in situ.

**Conclusion : Aspect histopathologique d'un carcinome mammaire infiltrant de type non spécifique, grade III selon SBR modifié par Ellis & Elston (3+2+3).
Absence de composante in situ et d'embolie vasculaire.
L'étude des récepteurs hormonaux, HER2 et Ki67 est en cours.**

Dr L. LARAQUI





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 24/02/23

Nom & Prénom : Melle EL GHAZI GHIZLANE
Sur ordonnance du : Dr MAMOU NAOUFAL
Ref. : 23H02670

Parvenu au laboratoire le : 23/02/23

Organe ou siège du prélèvement : Sein droit.

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 41 ans

Carcinome peu différencié infiltrant de type non
spécifique, grade III de SBR

ETUDE IMMUNO-HISTOCHIMIQUE

<u>Anticorps utilisés</u>	<u>Tumeur étudiée</u>	
	Intensité	%
Récepteurs l'œstrogène Clone : SP	+++	100 %
Récepteurs le progestérone Clone : Pg1 636	++	70 %
Anti Ki 67 Clone : PS	+++	35 %

Conclusion : Les récepteurs hormonaux sont positifs, évalués à 100% pour les RE et à 70% pour les RP.
L'index de prolifération est estimé à 35%.

HERCEPT TEST

<u>Anticorps utilisés</u>	<u>Score Cellules Tumorales</u>		<u>Score Témoin Externe</u>		<u>Contrôle Négatif</u>	
	Intensité	%	Intensité	%	Intensité	%
C Erb 2 test :	+++	100 %	3+	100 %	-	0 %

Conclusion : L'Hercept Test est positif (score 3+)

Dr Nouhad BENKIRANE