

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



Déclaration de Maladie

N° W21-786358

pay louni

161896

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3166

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

IBRAHIMI

ABDELLATIF

Date de naissance :

1 - 1 - 1946

Adresse :

34, Rue triha, Hay Farah FES

Tél. :

0662563042

Total des frais engagés : 1750,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MELLAS Nawfel
Professeur Agrégé
Service d'oncologie Médicale
CHU Hassan II - FES
INP : 944007007

Date de consultation : 05-04-2023

Nom et prénom du malade : IBrahimi Abdellatif Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Cancer du poumon

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 :

FES

Le : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-786358

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3166

IBRAHIMI

ABDELLATIF

Total des frais engagés : 1750 Dhs

Date de dépôt :

RELEVE 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
05-04-2023	CS		G	INP: 1412347315 Dr. MELLAS Nawfel Professeur Agrégé Service d'oncologie Médicale CHU Hassan II - FES

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
 Dr Souaf Iloussi Anatomopathologiste Centre Universitaire d'Anatomopathologie et de Radiologie par Imagerie 03 21 36 61 14 1371 - 03 21 36 61 14 1372	27/04/23	P - 1590	1750 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

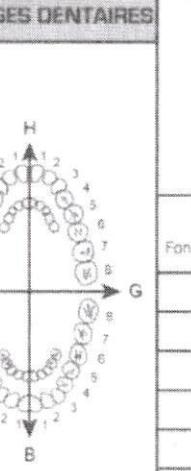
	H	H
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
		B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la possession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE											
												
H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> D G B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<hr/>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>												



C.Y.A.C.P

CENTRE EL YOSR D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE

FACTURE

REF: FA23000910

FÈS, le 27/04/2023

Date de facturation 27/04/2023
Prescripteur DR SOUAIF IHSANE
Patient PR MELLAS NAWFAL
ABDELLATIF IBRAHIMI

Dr Souaf Ihsane
Anatomopathologiste
Centre El Yosr d'anatomie et
de cytologie
Tél: 05 35 96 39 90 - 06 61 08 13 74 - Tel/Fax: 05 35 96 39 90
E-mail: centreelyosr@gmail.com

Liste des examens

4 AC ANTICORPS 4
3 AC ANTICORPS 3

C Y A

A Payer
Coef-P

Dr Souaf Ihsane
Anatomopathologiste
Centre El Yosr d'anatomie et
de cytologie
Tél: 05 35 96 39 90 - 06 61 08 13 74 - Tel/Fax: 05 35 96 39 90
E-mail: centreelyosr@gmail.com

1,750.00

1590

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS.



Dr. SOUAF IHSANE

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologique

Lauréates de la Faculté de Médecine de Fès

Ancienne Interne du CHU de Bordeaux

DU en Dermatopathologie à Paris

DIU en Biologie Moléculaire à Bordeaux

DIU en Cytopathologie à Paris

REF : 230405886

DATE DE DEMANDE : 05/04/23

PATIENT : ABDELLATIF IBRAHIMI

GSM : 06 61 06 13 74 - Tél/Fax : 05 35 96 39 90

ADRESSEE PAR : PR. MELLAS

• **NATURE DE DEMANDE :**• **COMPLEMENT IMMUNOHISTOCHIMIQUE.**• **NATURE DE PRELEVEMENT :**• **MICROBIOPSIES SCANNOGUIDEES (réf ; 230322733).**

• **Renseignements cliniques**: patient âgé 77 ans, qui présente une tumeur pulmonaire opéré il ya un 1ans (lobectomie).

• **Résultat anapath :**

• Processus carcinomateux peu différencié, non à petites cellules.

COMPTE RENDU COMPLEMENTAIRE.

• A la demande du médecin traitant, un complément immunohistochimique a été réalisé sur le bloc de la microbiopsie scannoguidée (réf ; 230322733).

• **La CK7 (clone OV-TL12/30, DAKO) : Positive**, elle montre un marquage cytoplasmique intense et diffus des cellules tumorales.

• **La CK20 (clone Ks 20.8, DAKO) : Négative.**

• **La P63 (clone 4A4, BM) : Négative.**

• **La CK5/6 (clone D5/16 B4, DAKO) : Négative.**

• **La P40 (clone BC28, BM) : Négative.**

• **Le TTF1 (clone 8G7G3/1, DAKO) : Positive**, il révèle la présence d'un marquage nucléaires intense et diffus de cette prolifération tumorale (réalisé à deux reprises).

• **Le PAX8 (clone ZR-1/ BM) : Négative.**

• **CONCLUSION :**

• Aspect histologique et immunohistochimique d'un adénocarcinome d'architecture solide primitif pulmonaire.

• A confronter aux données cliniques et radiologiques.

Dr Souaf Ihsane
Anatomopathologiste
Centre d'Anatomie et de Cytopathologie
Centre de Diagnostic et de Référence
06/04/23

En comptant sur votre précieuse collaboration et vous remerciant de votre confiance.

المجمع السكني أسماء، 1-2، مكتب 3-4، طريق عين الشقق - فاس

Lots Asmae Garden 1, Bureaux 2-3, Route Ain Chkef - Fès

Tél/Fax : 0535 96 39 90 / GSM : 06 59 74 97 01

E-mail : souaf.ihsane@centreelyosr.com

Site web : www.centreelyosr.com

Professeur Mellas Nawfel

Professeur d'enseignement supérieur à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès
Médecin Spécialiste en oncologie médicale,
Traitement de la douleur et soins palliatifs

بروفيسور ملاس نوبل

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب

والصيدلة بفاس

طبيب متخصص في العلاج الطبي للسرطان.
علاج آله والعلاجات التلطيفية

INPE : 141237735



Le : 05/04/2023

Nom : شلبي
Prénom : عبدالله

Veillez à nous
faire un complément
d'examens
Sur la maladie pulmonaire

Polyclinique
Route d'Imouzzer
Fès
INP 140 00891
RO

INP : 141237735

CHU Hassan II - FES

Service d'oncologie médicale
Professeur Dr Mellas Nawfel
Dr MELLAS Nawfel

En cas d'urgenceappelez au 0661405446 - 0666650467 - 0667931110

CENTRE EL YOSR D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Dr. SOUAF Ihsane

Lots Asmae Garden 1, Bureaux 2-3, Route Ain Chkef - Fès
Tél.:05 35 96 39 90 Fax : 05 35 96 39 90

Reçu à rapporter lors du retrait des résultats

Date : **05-04-2023**

Code Pat. **3521AC458**

Nom et Prénom : **ABDELLATIF IBRAHIMI**

Référence : 230405886

Médecin : PR MELLAS NAWFAL

Net à payer : 1000.00

Avance : 400.00

Solde : **600.00**



230405886

Date de retrait : **08-04-2023**

CENTRE EL YOSR D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

LOTS ASMAE GARDEN 1, BUREAUX 2-3,
ROUTE AIN CHKEF - FÈS
Tél.:05 35 96 39 90 Fax : 05 35 96 39 90

CARTE DE DOSSIER

Mr ABDELLATIF IBRAHIMI

Dossier

3521AC458