

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 Argine Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horioge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 25 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-486041

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05641 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HASSINE NOUREDDINE
 Date de naissance : 16/07/1959
 Adresse : 199 Lotissement Amine Sidr macarant
 Tél : 0639987242 Total des frais engagés : 2700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2020
 Nom et prénom du malade : ENESSADI EDHASSINE ANNA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neoplasie mammaire
 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 : Casablanca

Le : 09/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
07/01/96	28	23	300,00	INF : 001164118

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 Soumaville CENTRE DE RADIOLOGIE 150 Edouard Belin Rue Lieutenants de Lorraine 33000 BORDEAUX Tél 0522202302	07/01/96	p. 1818	2400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

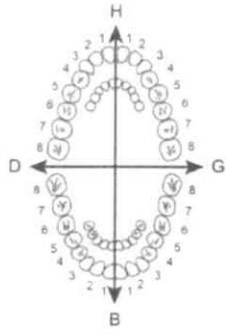
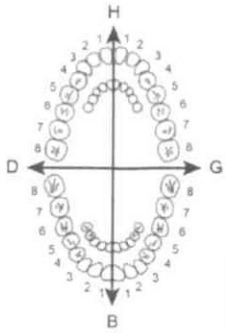
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

194 mte 49



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr Naoufal Mamou

Oncologue-Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le : 07/01/2020

MME EL MESSOUDI EP. HASSINE AMINA

IMMUNOHISTOCHIMIE : RE RP KI 67 HER2

Dr. Soumaya ZAMIATI
CENTRE DE PATHOLOGIE
Ibn El Jazir
Rue Lieutenants
Tél : 0522 77 81 81

Dr. Naoufal MAMOU
ONCOLOGUE - RADIOThérapeUTE
Centre International d'OncoLogie de Casablanca
Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca

Tél. : 0522 77 81 81

Fax : 0522 99 65 74

E-mail : naoufal.mamou@gmail.com

Site web : www.ciocasablanca.ma

AKDITAL
Acteur de Santé

Dr. Abdelmajid RIFKI

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



Pr. Soumaya ZAMIATI

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

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

Casablanca le 07/01/2020

FACTURE N°: 2020/47

Patient(e): Mme Amina EL MESSOUDI Ep HASSINE

Code patient : 201/95

Référence : 194AR1249

Reçu le : 07/01/2020

Cotation : P1818

Montant : 2400,00 DHS

Facture arrêtée à la somme de **DEUX MILLE QUATRE CENT DIRHMAS.**

Pr. S. ZAMIATI

ICE : 001808242000088

INPE : 91024752

INPE du Laboratoire : 093002954

Dr. Soumaya ZAMIATI
CENTRE DE PATHOLOGIE
Ibn Ennafis
11 Rue Lieutenant BERGE
Tél : 05 22 20 23 02

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

Reçu le : 07/01/2020

Edité le : 09/01/2020

Notre réf : 194AR1249

Prescripteur : Dr. MAMOU

Patient(e) : Mme Amina EL MESSOUDI

Organe : Sein

(Nodule de 8 mm au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit. Traitement conservateur : Double localisation d'un carcinome mammaire de type mixte, IHC)

COMPTE RENDU IMMUNOHISTOCHIMIQUE

L'étude immunohistochimique est réalisée sur les deux foyers tumoraux avec validation de la technique par les témoins internes et externes.

La composante in situ qui représente moins de 25 % de la surface tumorale n'est constituée que par le type lobulaire, elle est retrouvée sur les deux foyers. La composante infiltrante non spécifique est surtout retrouvée sur le plus grand foyer et celle lobulaire est surtout retrouvée sur le foyer de 0,3 cm. Le type lobulaire représente 30 % de la surface globale sur les deux foyers.

Sur les deux foyers, les récepteurs oestrogéniques (clone EP1, DAKO) sont exprimés de façon diffuse et modérée (++) par 90 % des cellules. Ceux à la progestérone (clone PgR 636, DAKO) le sont également de façon modérée (++) par 70 % des cellules. Il n'est pas vu d'expression du Her2 (Herceptest, DAKO) et ce sur les deux types histologiques. En revanche, le Ki 67 est peu exprimé par les cellules du carcinome lobulaire (<10 %) alors que 25 % des cellules du type canalaire l'expriment.

CONCLUSION :

Carcinome mammaire infiltrant de type mixte, lobulaire et non spécifique avec une prédominance de ce dernier (70 %) et une composante lobulaire in situ représentant moins de 30 %, tous retrouvés sur deux foyers proches mais non contigus.

Statut hormonal : expression sur les deux foyers et sur les deux types histologiques, des récepteurs **oestrogéniques (90 %, ++)** et des récepteurs **progestéroniques (70, ++)**

Score HER 2, identique sur les deux foyers et sur les deux types, lobulaire et non spécifique, score 0 +.

Indice de prolifération : Ki 67 est de 25 % sur le type non spécifique et < 10 % sur le lobulaire.

Pr. S. ZAMIATI

Mme Amina EL MESSOUDI, réf 194AR1249

Dr. Soumaya ZAMIATI
CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ENNAFIS
11, rue Lieutenant BERGE
202202302