

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.

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) (21433) | | | |
| Matricule : 1179 | Société : R.A.M. | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : CHAFFAE M'hamed | | | |
| Date de naissance : 1949 | | | |
| Adresse : NE 37 Rue 4 Jemila 3 C. Dg. Casablanca | | | |
| Tél. : 0676 0023 66 | Total des frais engagés : | 4700,00 Dhs | |

| | | | |
|---|--|----------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : 13/01/2020 CHAFFAE M'hamed | | | |
| Date de consultation : 13/01/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : CHAFFAE M'hamed | | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : maladie | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS | | | |
| 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. 17 FEV 2020 | | | |
| 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. CHAFFAE M'hamed | | | |
| Fait à : Casa Blanca Le 17 FEV 2020 | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : J.W. | | | |
| ACCUEILLIE 17 FEV 2020 | | | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/01/20 | | | | INP : [REDACTED] Signature [REDACTED] |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Laboratoire de l'Institut de Santé Zartoun</i> | 13/01/20 | B 5 g ~ p 109 ~ | 3 500.01 |
| | | | 1200 dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

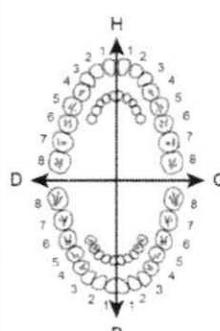
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DATE DU DEVIS [REDACTED] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED] |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |

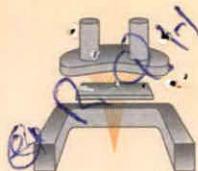


[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RIA NL EP

Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

P.S.A

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

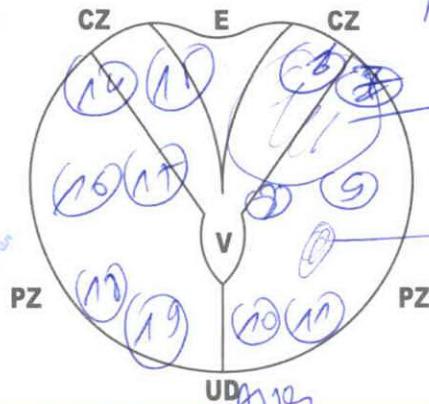
Biopsie antérieure :

Oui

Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

BIOPSIE - PROSTATE



Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interné des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotriptie Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circuncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جهير زمرادك
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية ننسى (فرنسا)

رئيس سابقاً لمصلحة جراحة الكلية
و المسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسى
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال. زراعة الكلية. قطارة الأطفال

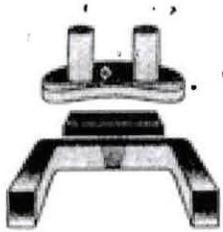
Casablanca, le

13 / 01 / 2024

Cest pour la suite

Biops test pris

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
52, Rue Taha Hocine (Ex-Gallilé) Qt. Gauthier
Tél.: 0522 26 70 98 / 0522 26 72 24



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 20/01/2020

FACTURE N° : 20/01466

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 :

1200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **13/01/2020**

Pour **CHAFFAF M HAMED**

Sur ordonnance du : **Dr ZEMRAG J.**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
CENTRE
Tél. : 022.22.51.31 / Fax : 022.22.50.90
Email : labo_du_centre@yahoo.fr

الفحص بالأشعة في المستشفيات

RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

إقامة باستور

RÉSIDENCE PASTEUR

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMERIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 13/01/2020

Facture N° 122/2020

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **CHAFFAF M HAMED**

Examen(s) réalisé(s) :
BIOPSIE PROSTATIQUE ECHO-GUIDEE

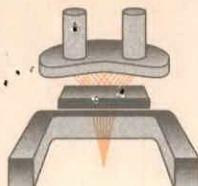
Dr. Y. BOUZIDI

Montant : **trois mille cinq cent (3500DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE CINQ CENT DH

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 16/01/20

Nom & Prénom : Mr CHAFFAF M HAMED

Sur ordonnance du : Dr ZEMRAG J.

Réf. : 20H01250

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 13/01/20

Organe ou siège du prélèvement : Prostate

Renseignement(s) clinique(s) : PSA : 10,6 ng/ml. Zone suspecte à l'IRM. Biopsies ciblées
nodule périphérique gauche : 1 à 5 et zone de transition 12 et 13

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Gauche :

| N° | G | mm/F | ADK | Gleason | mmADK | Filets nerveux | Tissu péri prostatique | Remarques |
|----|-----|--------|-----|---------|-------|----------------|------------------------|----------------|
| 1 | G1 | 7 mm | + | 6(3+3) | 4 mm | - | - | Adénocarcinome |
| 2 | G2 | 5 mm | + | 6(3+3) | 2 mm | - | - | Adénocarcinome |
| 3 | G3 | 4 mm | + | 6(3+3) | 1 mm | - | - | Adénocarcinome |
| 4 | G4 | 5 mm | + | 7(4+3) | 3 mm | - | - | Adénocarcinome |
| 5 | G5 | 5 mm | + | 6(3+3) | 3 mm | - | - | Adénocarcinome |
| 6 | G6 | 5 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 7 | G7 | 4 mm | + | | 1 mm | - | - | |
| 8 | G8 | 6 mm | - | - | - | - | sain | Dystrophique |
| 9 | G9 | 6 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 10 | G10 | 4+3 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |

Droit :

| N° | D | mm/F | ADK | Gleason | mmADK | Filets nerveux | Tissu péri prostatique | Remarques |
|----|-----|--------|-----|---------|--------|----------------|------------------------|----------------|
| 11 | D11 | 6 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 12 | D12 | 5 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 13 | D13 | 4+3 mm | + | 6(3+3) | 2+1 mm | - | - | Adénocarcinome |
| 14 | D14 | 3mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 15 | D15 | 3 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 16 | D16 | 3+3 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 17 | D17 | 7 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 18 | D18 | 6 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |
| 19 | D19 | 6+5 mm | - | - | - | - | - | Dystrophique |

Conclusion : Biopsies prostatiques multiples : Adénocarcinome prostatique grade 4 de Gleason score de Gleason à 7 (4+3) sur 3 mm (17%), score de Gleason à 6 (3+3) dans 83%, occupant 26% du prélèvement analysé sur le lobe gauche et environ 5% sur le lobe droit, sans signe d'infiltration péri-nerveuse, sans embole vasculaire, le tissu périprostatique visible sur une carotte est sain.

Dr Nouhad BENKIRANE

Dr BENKIRANE Nouhad
INATMO - PATHOLOGISTE
32, Boulevard Zerkouni
Tél. 22.51.31.22.51.34
Fax: 22.51.31.22.51.34