

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ééducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677 Société : RAN (63525)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. A. N. Y. M. A. L. A. N. D. (M. A. N. Y. M. A. L. A. N. D.)

Date de naissance : 30-06-1951

Adresse : 69 Rue A. L. H. O. M. N. R.

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21- 03179

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-610594

au cours

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MANOUNI Mohamed

Date de naissance :

30 - 06 1951

Adresse :

69, Rue ALHOUDHOUUD CASA

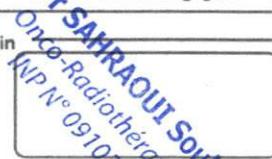
Tél. : 05 22 27 34 79

Total des frais engagés : 2431,- Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Zahidou

Nom et prénom du malade :

Fatima

Lien de parenté :

Lui-même

conjoint

Nature de la maladie :

Neoplasie du Sein

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 : 10/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/08/2021	CS		300,00	INP : <input type="text"/> SAHRAOUT Souha ODF-radiothérapeute INP N° 091036497

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/2021	281,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
23/08/2021	19/08/2021	€109 + 1636 + 1636	185,00 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, 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"/>
				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"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

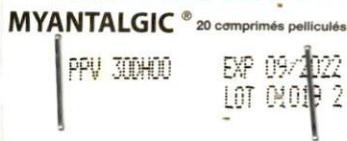
H

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



11/3/2021

Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami

Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi

Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. S. Sahraoui

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Benchakroun

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. Z. Bouchbika

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

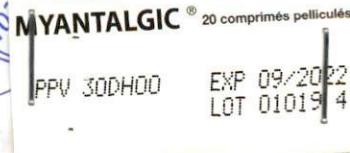
Dr. S. Mouafik

Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Hanniou

Anesthésiste-Réanimateur

Zakridi fattouc
110.50 x 2 (S)
1- Sepsen 280. 4x 2x 5
30
2- Myantalgic 14 t
30. 6
281.00



PHARMACIE DE L'HOPITAL SLAGUA
et Rue d'Agoudir 10
Angele Boulevard Zerhouni
Casablanca
Tél: 05 22 27 39 39

SAHRAOUI Souha
Radiothérapeute
10/09/10
1036491

110,50
PPV: 110.5000
Tél: 05 22 27 39 39
Fax: 05 22 86 25 31
E-mail: sahraoui.souha@ymail.com



Pr. A. Acharki
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider
Onco-Radiothérapeute
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. S. Sahraoui
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Benchakrouni
Onco-Radiothérapeute
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. Z. Bouchbika
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Mouafik
Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Hannioui
Anesthésiste-Réanimateur

Zarki di fatima

Urgence

LABORATOIRE DE L'ANCIENNE
DU CENTRE
52, Boule. ard Zerktaoui
Tel: 0522 225731 / 0522 225624

Diagnose

es au apath

R H

Ki67

Herceptin

valo son NaPSS. -

HOP LABO
52 Avenue Hassan II
0522 2253044

Pr. SAHRAOUI Souha
Onco-Radiothérapeute
INP N° 09 036491



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI
Laboratoire d'Anatomie
et de Cytologie Pathologiques

إستولابو
الدكتورة بناني نجية
مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca le : 19/02/2021

FACTURE N° 21/0396

Nom et Prénom : ZAHIDI FATIMA

Organe(s) : SEIN B. SEIN MARQUAGE.

Cotation : P409 + P636 + P636

Montant (Dh) : 1 850,00

1 850,00 Dh ESPÈCES

HISTOLABO
132 Avenue HASSAN II
Casablanca 20070
Tél : 0522 223 044

132، شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 30 44 - الفاكس : 05 22 20 21 24
132, Avenue Hassan II - Casablanca - Tél. : 05 22 22 30 44 - Fax : 05 22 20 21 24
E-mail : histolabo@live.fr - T.P. : 35502694 - I.F. : 705802 - I.C.E. : 001611682000047



HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI

Laboratoire d'Anatomie

et de Cytologie Pathologiques

إسْتُولَابُو

الدكتورة بناني نجية

مختبر تحليل الخلايا والأنسجة

Casablanca, le 25 Février 2021

Dr : Souha SAHRAOUI

Mme : ZAHIDI FATIMA

Age : 65 ans

Prélèvement parvenu au laboratoire le : 19/02/2021

Organe : Sein

COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Réf. : 2102192

Biopsie tumorale mammaire en 2 fragments totalisant 22 mm, représentant une lésion tumorale carcinomateuse glandulaire peu différenciée largement nécrosée. Au sein d'un stroma fibroblastique et nécrosé, s'observent des coulées cellulaires et des massifs de cellules avec quelques cellules isolées sans aucun agencement tubulaire. Les cellules tumorales sont de grande taille, à cytoplasme éosinophile ou clarifié, à noyau centro-cellulaire ou excentré par places hyperchromatique et irrégulier avec mitoses anormales ; On dénombre 15 mitoses anormales par 10 champs contigus.

RECEPTEURS HORMONIAUX	INTENSITE	POURCENTAGE
Œstrogènes (Clone EP1)	-	-
Progesterone (Clone PgR 636)	-	-

HERCEPT TEST (Polyclonal): Négatif : expression membranaire incomplète et faiblement perceptible au niveau $\leq 10\%$ des cellules tumorales

A L'ANTI-Ki67 (Clone MIB-1): évalué à 20 %

CONCLUSION

- CARCINOME MAMMAIRE INVASIF NST (NO SPECIAL TYPE);
- SBR 3 (3-3-3)
- CARCINOME TRIPLE NEGATIF : ABSENCE D'EXPRESSION DES RECEPTEURS ŒSTROGENES, ABSENCE D'EXPRESSION DES RECEPTEURS PROGESTERONE ET HERCEPT-TEST NEGATIF
- ET UN FACTEUR DE PROLIFERATION KI67 EVALUÉ A 20% DES CELLULES TUMORALES

HISTOLABO

Dr. Najia BENNANI

132, Av. Hassan II - Casablanca

Tél : 05 22 22 30 44