

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

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° P19- 0044094

65354

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03905 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANNOUNI Naima

Date de naissance : 27/10/1951

Adresse : App 13N NR ATLAS Golf Resort WAKHIL  
Sud MAMA KECH

Tél. : 06 138 708 44 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 :

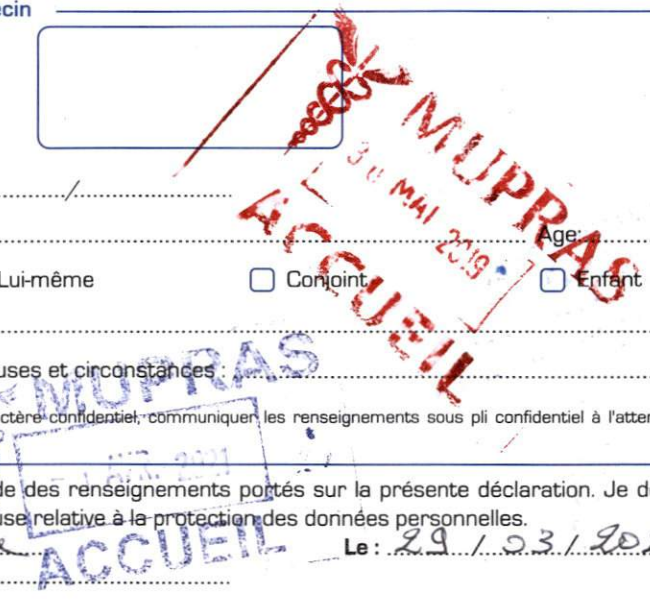
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 29/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Cin






# 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/3/21	analyse + cliché panoramic	344,00
	23/03/21	2636	750,00
	26/03/21	22272	2500,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

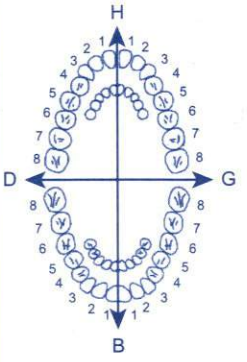
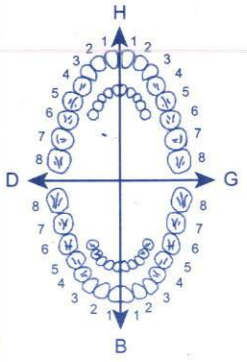
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 21003727 N° Facture : 21003639 Date facturation: 23/03/2021

Nom et prénom du patient : **Mme ANNOUNI NAIMA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
CYTOPONCTION MAMMAIRE, MICRO BIOPSIE MAMMAIRE SOUS ECHO, MISE EN PLACE D UN CLIP MAMMAIRE	1.00	3 440.00	3 440.00
		Sous-Total	<b>3 440.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Trois mille quatre cent quarante dirhams**

**Total : 3 440.00DH**

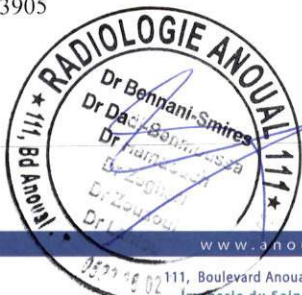
Adhérent : ANNOUNI NAIMA

Part organisme : 0.00 DH

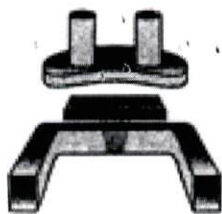
Mle : 3905

Part patient : 3440.00 DH

PC N° :



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 26/03/2021

**FACTURE N° : 21/03880**

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 :

**2500,00 Dhs**

**DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **26/03/2021**

Pour **ANOUNI NAIMA**

Sur ordonnance du : **Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ**

**LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE**

52, Bd. Zerkouni  
Tél: 022 22 51 31 / 34 Fax: 022 22 50 90





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 23/03/2021

**FACTURE N° : 21/03723**

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 :

**750,00 Dhs**

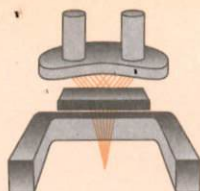
**SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **23/03/2021**

Pour **ANOUNI NAIMA**

Sur ordonnance du : **Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Bd. Zerketouni  
Tél.: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 90



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 26/03/21

Nom & Prénom : Mme ANOUNI NAIMA  
Sur ordonnance du: Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ  
Réf: 21H03626

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 26/03/21

Organe ou siège du prélèvement : sein

Renseignement(s) clinique(s): Microbiopsie mammaire gauche : Carcinome mammaire infiltrant, de type NOS, de grade II SBR (3+2+2) avec composante intra-canalair de haut grade.

## ETUDE IMMUNO-HISTOCHIMIQUE

Anticorps utilisés	Tumeur étudiée	
	Intensité	%
Récepteurs d'œstrogène Clone : SP1	+++	100%
Récepteurs de progestérone Clone : PgR636	+++	10%
Anti Ki 67 Clone : PS6	+++	40%
Anti ck5/6	-	0%

**Conclusion :** Les récepteurs hormonaux sont positifs, évalués à 100% pour les RE et à 10% pour les RP.  
L'index de prolifération est estimé à 40%

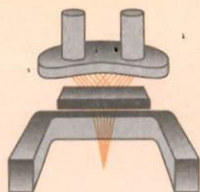
## HERCEPT TEST

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

**Conclusion :** L'Hercept Test est positif au niveau de la tumeur de type Luminal B

Dr L.LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO - PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerktouni  
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 31  
Fax: 0522 22 50 90



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 26/03/21

Nom & Prénom : Mme ANOUNI NAIMA  
Sur ordonnance du: Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ  
Réf: 21H03626

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 26/03/21

Organe ou siège du prélèvement : sein

Renseignement(s) clinique(s): Microbiopsie mammaire gauche : Carcinome mammaire infiltrant, de type NOS, de grade II SBR (3+2+2) avec composante intra-canalair de haut grade.

## ETUDE IMMUNO-HISTOCHIMIQUE

Anticorps utilisés	Tumeur étudiée	
	Intensité	%
Récepteurs d'œstrogène Clone : SP1	+++	100%
Récepteurs de progestérone Clone : PgR636	+++	10%
Anti Ki 67 Clone : PS6	+++	40%
Anti ck5/6	-	0%

**Conclusion :** Les récepteurs hormonaux sont positifs, évalués à 100% pour les RE et à 10% pour les RP.  
L'index de prolifération est estimé à 40%

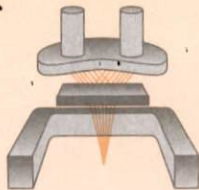
## HERCEPT TEST

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

**Conclusion :** L'Hercept Test est positif au niveau de la tumeur de type Luminal B

Dr. L. LARAQUI  
Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO-PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerktouni  
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34  
Fax: 0522 22 50 50





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 25/03/21

Nom & Prénom : Mme ANOUNI NAIMA  
Sur ordonnance du : Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ  
Réf. : 21H03626

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 23/03/21

Organe ou siège du prélèvement : Sein gauche+adénopathie axillaire.

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 69 ans

Masse sus aréolaire gauche avec ganglion axillaire  
dysmorphique

Microbiopsie sous écho + clip

Cytopenction ganglionnaire

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### Cytologie ganglionnaire:

Les six lames étalées montrent, sur un fond hémorragique, la présence de cellules lymphoïdes polymorphes comprenant des lymphocytes matures, des centrocytes, quelques immunoblastes accompagnés de cellules folliculaires dendritiques et de plasmocytes.

Il n'est pas observé de cellule épithéliale.

**Conclusion** : Aspect cytologique en faveur d'une adénite hyperplasique réactionnelle sans cellule suspecte dans les limites de ce prélèvement.

### Histologie :

L'examen histologique concerne cinq carottes biopsiques mesurant entre 1 et 1,5 cm de grand axe et cinq fragments biopsiques.

A l'examen histologique, il s'agit d'un parenchyme mammaire infiltré par une prolifération carcinomateuse invasive moyennement différenciée, agencée surtout en lobules sans différenciation glandulaire. Les cellules tumorales sont de grande taille, siège d'atypie cytonucléaire modérée. L'index mitotique est estimé à sept mitoses par dix champs au fort grossissement. Le stroma est fibreux sans image patente d'embolie vasculaire.

On note également une composante intra-canaulaire de haut grade estimée à 2% sur ce prélèvement biopsique

**Conclusion** : Microbiopsie mammaire gauche : Carcinome mammaire infiltrant, de type NOS, de grade II SBR (3+2+2) avec composante intra-canaulaire de haut grade. L'étude de RH, Her2 et Ki67 sera réalisée à la demande.

Dr L.LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO - PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerktouni  
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34  
Fax: 0522 22 50 00





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. Zouaoui

Nom et Prénom du Patient AMOUR M. N.

Age 1951 / 69 ans

Date du prélèvement 23-05-2023

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Masse sus citée poche avec  
qq axillaires symétriques

Siège du prélèvement ① Mucose / tube + cli R

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée ② Duto ex

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre ☐

**LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE**

**52, Boulevard Zerkouni**

**Tél: 0522 22 51 31 / 0522 22 50 90**

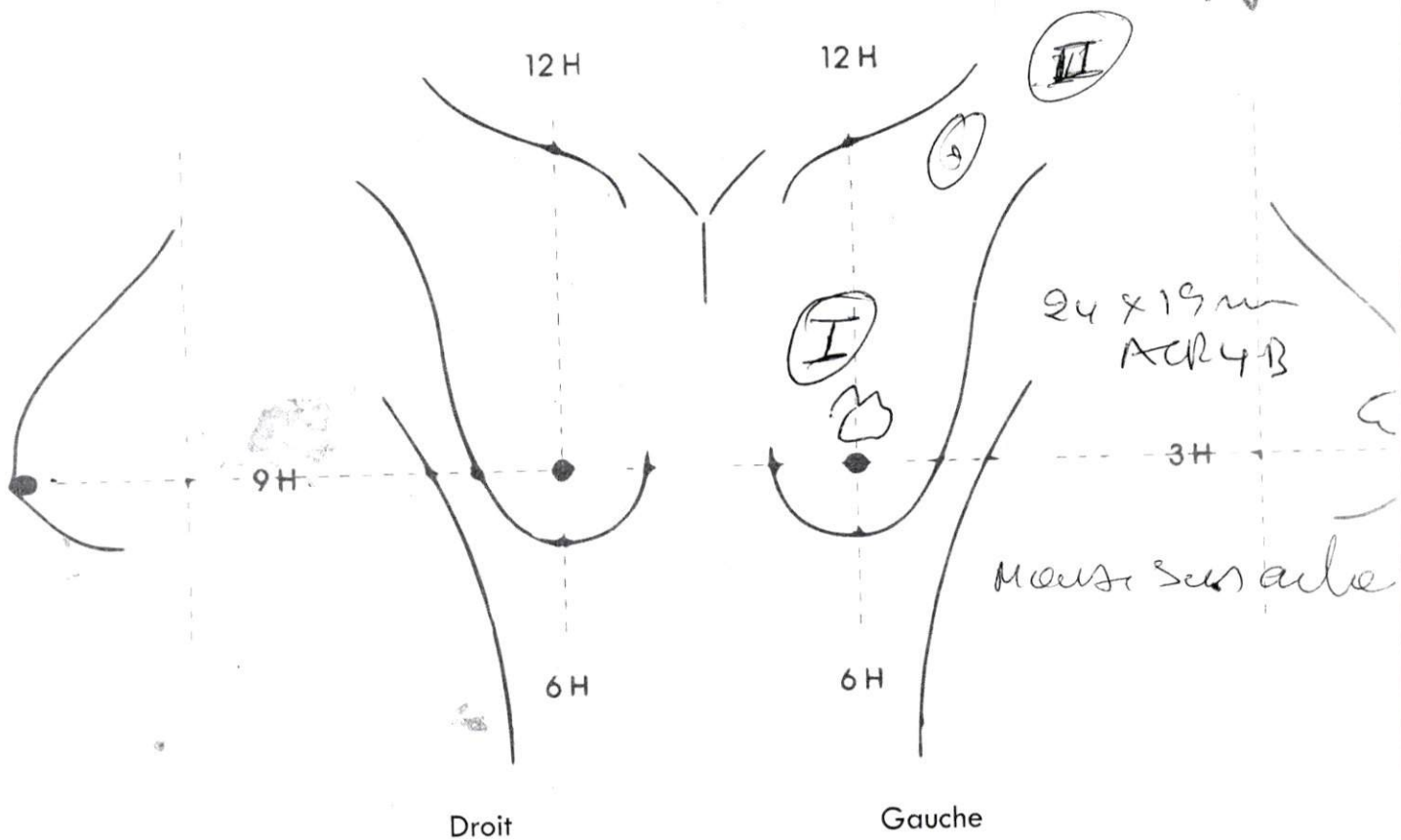
**LABORATOIRE ANOUAL**  
Dr. A. Laraoui / Dr. N. Benkirane  
RADIOPATHOLOGIE

Signature et Cachet

## Imagerie du Sein

Mme : *Mme ANOUME M - 1951*  
Radiologue : *Dr ZOUAOU*

Date de Prélèvement : *23*  
Laboratoire :



Renseignements :

- (I) microkyste / calc + cli 2
- (II) kyste punctu 99 A+11L.